

HES·SO//Valais Wallis
Domaine santé & social
Filière Travail social

L'animation en milieu hospitalier Quelle valorisation ?

Pierre Troillet

**Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts
HES·SO en travail social**

Sous la direction de Sarah Jurisch Praz

Le 23 octobre 2009

Remerciements

Tout ce travail n'aurait pu être réalisé sans la contribution de nombreux professionnels œuvrant en milieu hospitalier qui ont accepté de me donner de leur temps. Je tiens donc à remercier ici tous les professionnels ayant pris part à cette étude et plus particulièrement :

- La direction du CHCVS et du CHC
- Les différents professionnels de la clinique Ste-Claire à Sierre

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis qui m'ont soutenu durant toute la rédaction de ce mémoire et particulièrement

- Fabio Candeias, pour ses cours de mise en page
- Jérémie Perraudin, pour nos longs débats destinés à mieux comprendre le système de santé
- Matthieu Troillet et Rachel Jordan Troillet, pour leurs relectures avisées
- Kerry Bueche, mon amie, pour son soutien durant toute la phase rédactionnelle

Résumé

A travers ce mémoire, il s'agissait d'identifier comment l'action socioculturelle, et particulièrement l'animation socioculturelle, était reconnue par des milieux hospitaliers, comme les cliniques et les hôpitaux. Pour des raisons de temps et aussi afin de traiter spécifiquement de l'aspect « hôpital », les établissements médico-sociaux (EMS) et autres lieux de vie n'ont donc pas été pris en compte dans la présente étude, bien qu'ils soient parfois évoqués à titre comparatif afin de davantage relever quelques spécificités propres au champ sanitaire.

Afin de traiter de la question de la valorisation de l'action socioculturelle au sein du champ hospitalier, il s'agissait de mieux comprendre le contexte, les acteurs, et les mouvances qui entourent ce champ. Ensuite, j'ai également dû travailler ce concept d'action socioculturelle et choisir des critères de comparaison destinés à identifier les professions qui en faisaient partie. Tout ceci m'a donc petit à petit permis de dessiner ce concept et, fort de ces observations, d'identifier et comprendre des préoccupations communes.

La réalisation d'entretiens à la clinique de gériatrie de Ste-Claire à Sierre devait dans un deuxième temps affirmer ou infirmer ces préoccupations au travers d'un cas concret ainsi que m'en apprendre davantage sur le regard que huit soignants portent sur l'animation socioculturelle et les liens qu'ils entretiennent avec cette forme d'intervention. De même, au travers d'un entretien avec l'animatrice socioculturelle en place, c'était l'occasion de mieux comprendre d'éventuelles différences de perceptions entre soignants et acteurs de l'action socioculturelle.

L'analyse des données récoltées met en évidence quelques unes des contraintes auxquelles sont soumis les soins : une population toujours plus dépendante, un effectif limité, le contrôle du temps de travail sous forme séquencée à l'aide d'un outil informatique baptisé LEP. Tout ceci semble péjorer la place laissée à la collaboration avec les acteurs de l'action socioculturelle et plus globalement, la place laissée à une intervention relationnelle auprès du patient.

Mots clés :

Hôpital, animation socioculturelle, action socioculturelle, définition, fonctions professionnelles, perceptions, collaboration, communication, défis et enjeux communs

Table des matières

1.	UNE INFORMATION, ILLUSTRATION DE LA THEMATIQUE	1
2.	LA QUESTION DE DEPART	1
3.	L'ENONCE DES OBJECTIFS	1
4.	LES CONCEPTS	2
4.1.	Les changements de politique de santé	2
4.1.1.	Vers une approche globale du patient.....	2
4.1.1.1.	Le projet du « gatekeeper »	2
4.1.2.	Vers une redéfinition du rôle de notre système de santé	3
4.1.3.	Vers un changement de responsabilité des coûts générés	4
4.2.	L'administration des structures de soins	6
4.2.1.	L'hôpital : un monde en mutation	6
4.2.1.1.	Evolution historique	6
4.2.1.2.	Le patient au centre de nouveaux enjeux	7
4.2.1.3.	Des soins au carrefour de conflits de valeurs.....	8
4.2.1.4.	Vers une évolution complexe des pratiques hospitalières	10
4.2.2.	La structure hospitalière : un système complexe.....	11
4.2.2.1.	Acteurs de la structure	11
4.2.2.2.	Mode de communication.....	11
4.3.	Le patient : Un être complexe aux besoins multiples	13
4.3.1.	La théorie de Maslow	13
4.3.2.	La théorie de Virgina Henderson	14
4.4.	L'action socioculturelle hospitalière.....	15
4.4.1.	L'action sociale.....	15
4.4.2.	L'action culturelle.....	15
4.4.3.	L'action socioculturelle et l'hôpital.....	15
4.5.	Le concept de valorisation.....	16
4.5.1.	La valorisation que l'action socioculturelle hospitalière se fait d'elle-même.....	16
4.5.2.	La valorisation que les autres acteurs font de l'action socioculturelle hospitalière ...	17
5.	ETAT DES LIEUX	18
5.1.	L'action socioculturelle : Des pratiques variées au service d'une cause commune ?.....	18
5.1.1.	Exploration d'un champ aux multiples pratiques.....	18
5.1.2.	Méthodes d'investigation	18
5.1.3.	Vers une redéfinition de l'action socioculturelle	19
5.2.	Quelle profession répond à quels besoins de Maslow	19
5.2.1.	Le besoin physiologique	19
5.2.2.	Le besoin de sécurité	20
5.2.3.	Le besoin d'appartenance.....	20
5.2.4.	Le besoin d'estime	20
5.2.5.	Le besoin spirituel.....	20
5.3.	Identification du champ de l'action socioculturelle.....	21
5.4.	Collectes de données sur le champ de l'action socioculturelle	24

5.4.1.	Introduction	24
5.4.2.	Services dans lesquels interviennent les différents acteurs	24
5.4.3.	Durée d'une intervention	25
5.4.4.	Type de prise en charge	26
5.4.5.	Lieux d'intervention	27
5.4.6.	Conditions d'intervention	28
5.4.7.	Employeurs des professionnels rencontrés.....	29
5.5.	Perspectives de développements futurs	30
5.5.1.	Introduction	30
5.5.2.	Vers une meilleure reconnaissance des professions socioculturelles.....	30
5.5.3.	Vers une intensification des échanges avec les autres acteurs de la structure.....	30
5.5.4.	L'action socioculturelle : un espace de rencontres commun	31
5.5.5.	L'action socioculturelle : des professions en mutation	31
6.	LA METHODE DE RECUEIL DE DONNEES.....	32
6.1.	Les hypothèses	32
6.2.	Le recueil des données	33
6.3.	L'échantillon	33
6.4.	Les outils de recherche.....	34
7.	LE REGARD DES ANIMATEURS SUR LE CHAMP HOSPITALIER	35
7.1.	La prise en compte du champ hospitalier dans la formation.....	35
7.1.1.	La formation à l'heure actuelle	35
7.1.2.	Projets de développement menés par l'école liés à l'animation socioculturelle.....	36
7.1.3.	Synthèse de la présence du champ hospitalier dans la formation.....	36
7.2.	La prise en compte du champ hospitalier au sein des associations de professionnels.....	36
7.2.1.	L'exemple du secteur A en Valais	36
7.2.2.	L'exemple de Viva Anima	37
7.2.3.	L'exemple de la plateforme romande de l'animation	37
7.2.4.	Synthèse de la présence du champ hospitalier au sein des associations	38
7.3.	Le champ hospitalier, une intervention aux contours clairement définis.....	39
7.3.1.	Le champ hospitalier, partie intégrante du référentiel de compétences ?	39
7.3.2.	Synthèse des liens entre le champ hospitalier et le référentiel de compétences	40
7.3.3.	Le champ hospitalier, vers quelle définition ?	40
7.3.4.	Quelles perspectives pour ce champ en Valais ?.....	40
8.	L'ANIMATION SOCIOCULTURELLE VALORISEE EN GERIATRIE : PARLONS D'UN CAS CONCRET	41
8.1.	La clinique de gériatrie de Ste-Claire à Sierre.....	41
8.2.	L'animation socioculturelle à la clinique Ste-Claire	41
9.	ANALYSE DES DONNEES	42
9.1.	Le contexte	42
9.2.	La définition des différentes formes d'intervention	42
9.2.1.	Traitement de la thématique abordée.....	42
9.2.2.	Des professionnels au cœur du changement	42

9.2.3.	Des objectifs communs mis en péril.....	43
9.2.4.	Forme des interventions effectuées	44
9.2.5.	Synthèse de la thématique	46
9.3.	Le contrôle institutionnel	46
9.3.1.	Traitement de la thématique abordée.....	46
9.3.2.	Les tâches administratives réalisées	46
9.3.3.	La politique institutionnelle actuelle	47
9.3.4.	L'outils de contrôle LEP	48
9.3.5.	Synthèse de la thématique	49
9.4.	La collaboration entre soins et animation socioculturelle	49
9.4.1.	Traitement de la thématique abordée.....	49
9.4.2.	Les constats effectués par les différents acteurs.....	50
9.4.3.	Les collaborations existantes	51
9.4.4.	Forme des collaborations actuelles.....	52
9.4.5.	Freins et opportunités liés la collaboration actuelle.....	53
9.4.6.	Synthèse de la thématique	54
9.5.	Les perceptions de l'animation socioculturelle	54
9.5.1.	Traitement de la thématique abordée.....	54
9.5.2.	Sens de l'animation socioculturelle pour les soignants.....	54
9.5.3.	Bienfaits de l'animation socioculturelle.....	56
9.5.4.	Attentes par rapport à l'intervention de l'animatrice	57
9.5.5.	Contraintes liées à l'intervention de l'animation socioculturelle à la clinique.....	59
9.5.6.	Activités mises en place par l'animation socioculturelle	59
9.5.7.	Synthèse de la thématique	59
9.6.	La communication entre soins et animation socioculturelle	60
9.6.1.	Traitement de la thématique abordée.....	60
9.6.2.	Acteurs avec lesquels les intervenants communiquent	60
9.6.3.	Types de communication utilisées	60
9.6.4.	Contenus abordés	62
9.6.5.	Attentes des différents acteurs liés à la communication.....	62
9.6.6.	Synthèse de la thématique	63
9.7.	Les Défis et enjeux identifiés par les professionnels sur leur pratique future	63
9.7.1.	Traitement de la thématique	63
9.7.2.	Les défis liés aux pratiques de soins et d'animation.....	63
9.7.3.	Les défis liés à la collaboration.....	64
9.7.4.	Les défis liés au développement des différents services	64
9.7.5.	Synthèse de la thématique	65
9.8.	Interprétation des données récoltées	65
9.8.1.	Objectif de la démarche	65
9.8.2.	Interprétations liées aux six thématiques développées.....	65
9.8.2.1.	La définition des différentes formes d'intervention.....	65
9.8.2.2.	Le contrôle institutionnel	66
9.8.2.3.	La collaboration entre soins et animation socioculturelle	66
9.8.2.4.	Les perceptions de l'animation socioculturelle	67
9.8.2.5.	La communication entre soins et animation socioculturelle	67
9.8.2.6.	Les défis et enjeux identifiés par les professionnels liés à leur pratique ..	67
10.	VERIFICATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	69
10.1.	La question de recherche	70
10.2.	Les pistes d'actions	71
10.2.1.	Liées aux institutions formatrices et aux associations de professionnels	71
10.2.2.	Liées à l'action socioculturelle	71

10.2.3.	Liées à l'animation socioculturelle.....	72
10.2.4.	Liées aux soignants	72
10.2.5.	Liées à l'institution et au système de soins dans son ensemble	73

11. L'AUTO-ANALYSE DE LA DEMARCHE 75

11.1.	Choix du sujet.....	75
11.2.	Le cadre théorique.....	75
11.3.	Les hypothèses	75
11.4.	Les grilles d'entretiens	75
11.5.	La réalisation des entretiens.....	76
11.6.	L'analyse des données.....	76
11.7.	Positionnement personnel	76

12. CONCLUSION 78

12.1.	Limites de mon étude.....	78
12.2.	Apprentissages réalisés	79

13. BIBLIOGRAPHIE 80

13.1.	Livres/Revue liés au contexte hospitalier	80
13.2.	Sites consultés liés au contexte hospitalier	81
13.3.	Livres/Revue liés au développement du concept d'action socioculturelle.....	81
13.4.	Sites consultés liés aux différentes professions de l'action socioculturelle	82

14. ANNEXES I

1. Une information, illustration de la thématique

Grâce à mon stage, dans un service d'animation d'une clinique de gériatrie, j'ai eu l'occasion d'effectuer une première expérience d'animation socioculturelle dans un milieu hospitalier. Suite à la découverte de ce nouveau champ d'intervention que représentent les structures hospitalières, un certain nombre de questions ont petit à petit émergé en moi, concernant la place que doit occuper l'action socioculturelle au sein de telles structures.

Particulièrement actuel, ce questionnement prend place dans un contexte où l'animation socioculturelle s'efforce d'être davantage connue des politiques et du grand public. Elle veut également définir avec plus de précision les nouveaux champs d'intervention dans lesquels elle pourrait, dans un avenir proche, intervenir. Par ailleurs, le manque de proximité, d'échanges, et de liens entre les étudiants du domaine social et ceux de la santé, a sans doute davantage éveillé ma curiosité pour ce domaine d'intervention. En effet, il m'apparaît vital que les métiers de la santé et du social soient, dans un futur proche, appelés davantage à collaborer. Traitant du rapport de l'humain avec son entourage et avec lui-même ainsi que de sa socialisation, ces métiers ne sont-ils pas tous deux parties prenantes de processus de soins ?

Cependant, je suis également conscient que l'action socioculturelle représente un coût. A l'heure où les coûts de la santé occupent régulièrement le devant de la scène médiatique et politique, la question peut sembler malvenue. Mais, pour faire preuve d'objectivité, il faut aussi regarder les apports de l'action socioculturelle : économie pour les équipes de soins, limitation des coûts dus à la médication, et maintien et soutien de la socialisation des patients. Occupant une fonction préventive¹, l'action socioculturelle et, particulièrement, l'animation socioculturelle, facilitent aussi la remise sur pied des patients en leur évitant de longues heures d'ennui. De même, elle permet de métamorphoser l'hôpital en lieu de vie de sorte qu'il cesse d'être une salle d'attente en vue d'un placement, un simple lieu de rémission, ou encore une antichambre d'une mort prochaine. Dans un tel contexte, la question est donc peut-être d'identifier :

2. La question de départ

Dans quelle mesure l'action socioculturelle, et plus particulièrement l'animation socioculturelle, est-elle valorisée au sein des structures hospitalières² ?

3. L'énoncé des objectifs

Dans un premier temps

- Découvrir et définir les spécificités de fonctionnement et d'intervention dans un milieu hospitalier et déterminer comment l'action socioculturelle a pu s'y adapter
- Recenser les prises en charge de patients qui existent déjà et qui pourraient relever de l'action socioculturelle
- Ressortir d'éventuelles similitudes, complémentarités entre le rôle et les fonctions de l'animation socioculturelle et les métiers de l'action socioculturelle
- Identifier les défis actuels liés à l'action socioculturelle hospitalière
- Identifier en quoi l'animation socioculturelle est ou n'est pas, selon la situation, la réponse à donner aux besoins et attentes des patients, en définissant de façon générale les frontières de chacune des professions de l'action socioculturelle

¹ MOSER, Heinz. – *L'animation socioculturelle : fondements, modèles et pratiques*. Genève : Editions IES, 2004 p.23

² Par structures hospitalières, il est ici question des cliniques et des hôpitaux et nullement des EMS qui n'ont pas été pris en compte par la présente étude.

Dans un second temps

- Définir dans quelles mesures l'animation socioculturelle en milieu hospitalier est représentée et évoquée au sein de la formation, des associations de professionnels, de leurs rencontres régulières
- Identifier si l'animation socioculturelle en milieu hospitalier existe au sein de la formation, dans sa définition romande

Dans un troisième temps

- Identifier, en consultant les organigrammes, les rapports d'activités et les cahiers des charges, la place laissée à l'animation socioculturelle dans un milieu hospitalier en terme d'intervention et de pouvoir décisionnel
- Identifier les perceptions de l'animation socioculturelle par les équipes de soins
- Analyser la nature et la teneur des communications entre professionnels de la santé et professionnels de l'animation socioculturelle

4. Les concepts

4.1. *Les changements de politique de santé*

4.1.1. *Vers une approche globale du patient*

Autrefois, le soignant était généralement confronté à des personnes atteintes dans leur intégrité physique, psychique, ou physique et psychique. Or, suite à une montée de l'individualisme et suite à l'influence progressivement acquise par l'économie au détriment de celle jadis exercée par l'Eglise, la médecine s'est de plus en plus retrouvée, au fil du temps, à devoir s'occuper de patients relevant prioritairement de l'intervention sociale³, existentielle, voire économique. Ce phénomène de médicalisation des problèmes sociaux est à l'heure actuelle encore en pleine expansion et ne semble pas prêt à s'arrêter : à titre d'exemple, le 9 décembre 2008, le *20 Minutes* consacrait un article sur la création d'un médicament permettant d'apaiser les conflits conjugaux. Cet article, même s'il semble farfelu, témoigne néanmoins de la volonté de beaucoup d'individus de trouver des réponses médicales à leurs problèmes quotidiens⁴. Mais, les soins modernes spécialisés se retrouvent bien souvent désarmés face aux besoins de cette nouvelle population qui recourt à ses services. Passant d'un spécialiste à l'autre, les patients se voient très souvent baladés dans le système de soins pour finalement aboutir chez le psychiatre. Représentant des coûts importants, la prise en charge de ce type de patients se révèle délicate car, par ses spécialisations, chacun s'essaie à poser un diagnostic sur le patient, ou, à défaut de pouvoir en poser, conclut que la prise en charge de ce dernier ne relève pas de sa compétence mais de celle d'un collègue. On peut trouver plusieurs explications à cet état de fait. En effet, d'une part les soins sont très compartimentés ce qui empêche de poser un avis général sur la personne. D'autre part, la formation des médecins les pousse à préférer la pose d'un diagnostic à une approche centrée sur le patient et ses besoins. Cependant, afin de se prémunir de la mise en place d'une multitude de soins inadéquats, les soignants ont peu à peu décidé de privilégier des approches multidisciplinaires pour s'occuper de ce type de patients.

4.1.1.1. *Le projet du « gatekeeper »*⁵

Le projet de l'instauration de « gatekeeper » prévoit la mise sur pied d'accompagnants pour chaque patient entrant dans le système de soins. Ainsi, le patient ne serait jamais livré à lui-même et un professionnel pourrait l'orienter au sein du système de soins en conservant une vision générale de son état, de son entrée jusqu'à sa sortie. Actuellement, aucun

³ *Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998 p.127-128

⁴ "L'antidote aux scènes de ménage testé dans un labo" *20 Minutes*, 09.12.08 voir aussi le site de l'EPFL <http://actualites.epfl.ch/presseinfo-rev?id=2197>

⁵ *Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998 p.134-135

« gatekeeper » n'œuvre dans nos hôpitaux mais des progrès quant à l'orientation des patients au sein du système de soins ont déjà été réalisés. En 2002, au CHUV⁶, afin de faciliter l'accueil et l'orientation des patients dans le système de soins, le service des urgences recourait à la polyclinique médicale universitaire (PMU), preuve que ce besoin existe depuis déjà quelques années. Plus récemment, en 2007, un projet a notamment été mené aux urgences de l'hôpital de Baden afin de recourir à des médecins généralistes pour désengorger les urgences.⁷

Mais le projet de création de « gatekeepers » entend aller plus loin. Garant d'un meilleur suivi du patient et d'une meilleure collaboration entre les acteurs de soins durant toute la prise en charge, la nouvelle⁸ profession de « gatekeeper » permettrait d'éviter des traitements inappropriés en dépassant la simple réorientation du patient. A l'aide de tels professionnels, le patient bénéficierait d'un référent pour résoudre ses problèmes et limiter les coûts en choisissant un traitement adapté. Le projet est cependant ambitieux et aucun professionnel de la santé existant ne semble actuellement convenir aux grands acteurs de décision de la politique de santé que sont les politiques, les assurances, les structures hospitalières et les professionnels. Pour l'heure, néanmoins, la logique voudrait que le médecin sollicité en premier recours par le patient soit celui qui ait la responsabilité de cet accompagnement. Mais nombreux sont les acteurs de la santé qui privilégieraient une formation faite sur mesure et qui serait valorisée d'un point de vue socioprofessionnel et économique pour éviter d'être considérée comme une formation de simple trieur de patients.

4.1.2. Vers une redéfinition du rôle de notre système de santé

Le système de santé s'est depuis longtemps appuyé sur des valeurs telles qu'équité (égalité d'accès et de traitement en cas de maladie, d'accident), solidarité (prise en charge étatique pour laquelle tout le monde paie), efficience. Depuis peu, ce système est en crise⁹. Les coûts de la santé ont explosé : de 2001 à 2007, l'augmentation des coûts pour l'assurance de base (LAMAL) a été de 31 % dans le domaine médico-social (domicile) et de 38% pour l'hôpital¹⁰. Le KOF¹¹, centre de recherche de l'EPFZ, estimait, quant à lui, une hausse de 4,2% des dépenses globales associées à la santé en Suisse en 2008 soit une dépense totale de 57,22 milliards et évaluait les dépenses totales pour 2009 à 59,69 milliards de francs. Face à une politique de consommation de la santé qui devenait endémique, les politiques ont donc été contraints de prendre des mesures afin de limiter l'escalade des coûts et d'y mettre un frein. Dans le domaine de la santé publique l'augmentation des coûts fait froid dans le dos » déclarait dans *Le Nouvelliste* René Constantin, le chef du groupe radical-libéral valaisan, en constatant : « Les charges ont augmenté de 45% en moins de quatre ans. »¹²

A cet effet, l'hôpital se doit donc à son tour d'intégrer de nouvelles valeurs car nous sommes loin du temps où l'on pouvait dire que « la santé n'a pas de prix ». Désormais l'hôpital, mettant sous pression le corps médical, se voit tiraillé entre les différentes valeurs qui conditionnent son nouveau fonctionnement : Quel coût pour quelle qualité ? Quelle efficacité et quelle efficience dans les actes effectués ?

L'étude¹³ menée par Didier Pittet et Stéphane Hugonnet est d'ailleurs particulièrement révélatrice de ces questionnements. Selon eux, plus d'un quart des nouvelles infections

⁶ "Des médecins généralistes pour désengorger les urgences à l'hosto" *20 Minutes*, 15.10.08

⁷ "Des médecins généralistes pour désengorger les urgences à l'hosto" *20 Minutes*, 15.10.08

⁸ Un exemple approchant existe déjà à Genève avec le conseiller accompagnant professionnel qualifié, voir *Droit des patients*. Genève : Forum Santé, 1993

⁹ ROSSINI Stéphane & FAVRE BAUDRAZ Brigitte. – *Dossier du mois de l'ARTIAS : les oubliés de la protection sociale*. Neuchâtel, Février 2004

¹⁰ Débat Infrarouge entre Pierre-Yves Maillard et Yves Seydoux, Télévision Suisse Romande, 07.10.08 <http://infrarouge.tsr.ch/forum-299-assurance-maladie-guerre-primas-continue.html#undefined;vid=9816739>

¹¹ "Coûts de la santé +4,3% en 2009" *Le Matin Bleu*, 25.11.08, voir aussi le n°20 du KOF bulletin de juin 2009 p.6 http://www.kof.ethz.ch/publications/bulletin/pdf/kof_bulletin_2009_06_fr.pdf

¹² "L'Etat n'arrive pas à économiser" *Le Nouvelliste*, 13.11.08

¹³ "Risque d'infections dues au manque de soignants" *20 Minutes*, 07.10.08 voir aussi l'article de la tribune de Genève <http://www.tdg.ch/geneve/actu/2008/10/06/risques-infections-hopital-augmentent-manque-personnel> ou encore la revue *Horizons de Mars* 2008 publiée par le fonds national suisse http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/horizonte/76/76_24_25_f.pdf

contractées lors d'une hospitalisation pourraient être évitées si le taux d'encadrement était relevé d'environ un sixième, soit 2,2 soignants par malade. De plus, en moyenne, entre 5 et 10 % des malades hospitalisés seraient infectés par des germes pathogènes durant leur séjour parce que les soignants ne peuvent pas se laver les mains aussi souvent qu'il le faudrait. Afin de pallier à ces dysfonctionnements, l'hôpital universitaire de Genève a donc adopté l'utilisation par ses soignants d'une solution eau-alcool afin de se désinfecter les mains. Mais peut-être que des solutions intermédiaires permettant de limiter l'augmentation des coûts tout en maintenant la qualité ne pourront pas toujours être trouvées ?

Comme l'évoque *le développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de la santé*¹⁴, la régulation des coûts est en crise et la réponse qui lui sera donnée dans le futur se jouera entre quatre acteurs qui devront négocier entre eux : tout d'abord les professionnels (qui manquent de moyens de communication, d'adaptation de leur langage au public pour parler des valeurs, de la qualité à préserver), puis les décideurs politiques ainsi que la population, en troisième lieu les organismes payeurs, et enfin l'administration des structures hospitalières.

Il faudra donc à l'avenir répondre aux questions suivantes : Jusqu'où l'Etat doit intervenir ? Quels coûts de la santé les citoyens sont-ils prêts à supporter ? Comment devraient être organisées, dans le futur, les structures hospitalières, par exemple par rapport aux relations entretenues avec le reste de la société ? A quelles attentes les structures hospitalières doivent-elles répondre notamment d'un point de vue éthique face à la question de l'acharnement thérapeutique ? Quelle proximité des structures hospitalières le public est-il en droit de souhaiter ? Quels sacrifices le public est-il prêt à effectuer afin d'assurer une prise en charge égale pour tous ?

Un point nouveau est aussi le fait que la population souhaite désormais davantage de transparence et d'explications sur ce qui est fait à l'hôpital¹⁵. De plus, les citoyens semblent très attachés à garantir un accès égal aux soins même s'ils admettent également, à l'heure actuelle, la nécessité d'un rationnement.

4.1.3. Vers un changement de responsabilité des coûts générés¹⁶

Les coûts de la santé représentent un sujet en soi et nous n'avons nullement l'intention d'en développer ici une analyse approfondie. Néanmoins, il serait difficile de faire mention de notre politique de santé en occultant la question de l'augmentation des coûts, tant ils ont peu à peu acquis une place prédominante au cœur même de notre système de santé, comme nous l'avons vu précédemment.

Dans le livre du *forum Louis-Jeantet*, les professionnels opposent deux définitions de la santé. Cette dernière y est tantôt perçue comme un état et tantôt comme un capital¹⁷, une valeur qu'il s'agirait pour chacun de conserver et d'exploiter. Selon cette seconde approche, la santé s'inscrirait donc dans une vision plus large qui mettrait en valeur les ressources sociales et individuelles de chacun, amenant ainsi une réflexion quant aux secteurs du domaine de la santé dans lesquels investir.

Devenue une ressource à faire fructifier, la santé se voudrait non plus un état résultant de la fatalité, mais au contraire demanderait aux soins d'opter pour des démarches préventives au

¹⁴ *Le développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de santé*. Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe, 2000

¹⁵ Débat Infrarouge entre Pierre-Yves Maillard et Yves Seydoux, Télévision Suisse Romande, 07.10.08

<http://infrarouge.tsr.ch/forum-299-assurance-maladie-guerre-primas-continue.html#undefined;vid=9816739>

¹⁶ *Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998

¹⁷ La charte d'Ottawa évoquée dans *Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998.

court de leurs interventions, afin de faciliter le maintien d'un capital santé individuel. De plus, elle prônerait une prise en charge globale de la personne, rattachée aux facteurs suivants :

- Incidences génétiques et biologiques
- Environnements naturels et sociaux
- Philosophies de vie et comportements en matière de santé
- Prises en charge médicale

En fonction de ces quatre indicateurs, permettant de prendre connaissance du rapport que l'individu entretient avec sa santé, il serait donc possible de prédire les coûts que chacun pourrait occasionner et surtout de pouvoir prévenir les comportements à risque. A terme, de cette nouvelle approche de la santé, pourrait découler une politique visant à responsabiliser l'individu, par rapport aux coûts qu'il génère. La santé ne serait dès lors plus une thématique s'adressant à quelques individus malades, mais bel et bien un élément omniprésent dans notre société et donc dans la vie de chacun.

Néanmoins, même si cette nouvelle tendance pourrait avoir des conséquences positives sur la diminution des coûts, notamment en restreignant les comportements à risque, elle pourrait aussi augmenter les inégalités au sein du système de santé. En effet, fort du fait que les patients sont censés être mieux informés sur leur capital santé, toute affection dont ils pourraient être victimes qui résulterait de leurs comportements pourrait leur être imputable à eux seuls. De même, les patients ne bénéficiant que d'un faible capital santé, pourraient se retrouver à payer plus cher leurs primes d'assurance au vu de leur risque plus grand de devoir recourir au système de santé. Ce changement de vision ne s'effectue donc pas sans poser des questions d'ordre éthique. Le film *Bienvenue à Gattaca*¹⁸ présente d'ailleurs avec justesse les dérives que pourrait connaître une médecine prédictive à outrance : classification des individus selon leur code génétique, sélection de gènes dès la naissance afin de s'assurer la réalisation d'êtres les plus parfaits possibles...

Mais peut-être est-il bon de nous interroger également sur les causes de l'augmentation des coûts de la santé afin d'en dégager quelques éléments de réponses.

Tout d'abord, au cours du dernier siècle, la santé s'est étendue à de nouveaux champs d'action, prenant davantage en compte les aspects psychiques, psychosociaux, et somatiques des patients. Cela a donc naturellement engendré de nouveaux coûts.

Ensuite, la prise en charge de certains patients, qui auraient été autrefois considérés comme condamnés, nécessite la mise en place de moyens beaucoup plus lourds que par le passé où ils demeuraient inconnus : longues hospitalisations, emploi de matériel spécifique souvent très coûteux et prise en charge importante par le personnel médical. Les progrès de la médecine nous mènent donc aussi à nous questionner sur les enjeux suivants : Quels coûts supportés pour quelle qualité de vie ? Jusqu'où repousser la limite de la mort¹⁹ ? Faut-il maintenir artificiellement des patients en vie sans la moindre chance que leur état s'améliore ? Le vide juridique existant dans ce domaine et le cas très médiatisé²⁰, en Italie, de la jeune Eluana morte en 2008 et maintenue dans un coma végétatif depuis 1992, ont récemment relancé le débat.

Enfin, il est intéressant de conclure en mettant en évidence les efforts déjà effectués par notre système de santé pour restreindre ses coûts : les séjours hospitaliers plus courts, les restrictions de personnel, et la centralisation de la prise en charge hospitalière.

¹⁸ Film sur l'eugénisme : NICCOL Andrew.- *Bienvenue à Gattaca*, Danny DeVito, 1997.

¹⁹ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994.

²⁰ "Eluana est morte" *Le Nouvelliste*, 10.02.08

4.2. L'administration des structures de soins

4.2.1. L'hôpital : un monde en mutation

4.2.1.1. Evolution historique

L'hôpital a connu de multiples mutations au cours des siècles²¹. Au XII^{ème} siècle, il est un établissement charitable pour personnes démunies constitué d'un personnel, souvent à vocation religieuse, chargé de s'occuper de leur entretien et de leurs soins. Au XIX^{ème} siècle, l'hôpital se mue en un établissement public payant ou gratuit qui traite pendant un temps limité des malades, des blessés et des femmes en couches. A la fin du XX^{ème}, l'hôpital accueille toute sorte de spécialisations de disciplines²² : chirurgie, médecine, oncologie, pneumologie, cardiologie...

Autrefois soutenu par des dons et par l'Eglise²³, l'hôpital devient peu à peu, au XIX^{ème}, une structure étatique, chargeant des professionnels du monde hospitalier d'assurer la prise en charge qui était, jusque là, le plus souvent aux mains des religieux. Suite à ce changement d'influence, la santé et son coût relèvent du domaine public, concernent l'ensemble des citoyens, et imposent à ceux qui en bénéficient des contre-prestations. Son financement est donc assuré solidairement par l'ensemble de la société. Au début, cette forme de couverture sociale était d'ailleurs pertinente. Mais, aujourd'hui²⁴, suite au vieillissement démographique croissant, ce mode de financement ne se fait plus sans poser de sérieuses difficultés. A l'heure où l'économie bat de l'aile, la question de la mise en place d'éventuelles réformes est donc au centre de nombreux débats.

A la diminution du nombre de cotisants sont venus s'ajouter des problèmes d'ordre économique comme la délocalisation des entreprises et social comme la présence d'un taux de chômage résiduel. Ne laissant guère de place au doute concernant ses prestations futures, l'hôpital se doit donc d'évoluer en restreignant ses coûts.

Mais, en dehors de l'aspect économique, l'hôpital a déjà dû subir un certain nombre de changements. En effet, d'un lieu où l'on traite les maladies, il est devenu un endroit de maintien ou de recouvrement d'un capital santé. De même, il a dû s'adapter aux problématiques sociales en mettant en place des mesures afin de restreindre l'exclusion sociale due notamment à une immigration croissante. Il est également le centre névralgique de débats éthiques liés au respect d'une certaine qualité de vie. Enfin, l'hôpital²⁵ a relevé le défi de s'ouvrir à la société ; d'un lieu d'enfermement, il s'est mué en un lieu de rencontres sociales, adoptant des structures plus souples que par le passé et promouvant la réinsertion des patients dans la société par la mise en place de nouvelles mesures : appartements protégés, aides à domicile...

Evoluant en parallèle du système de santé, l'hôpital est également devenu un lieu clef de la promotion et de la prévention de la santé. En effet, l'hôpital se veut, tout comme le reste de notre système de santé, tourné davantage vers la promotion d'une bonne qualité de vie, et de choix de société permettant le bien-être à long terme de l'individu. L'hôpital adopte donc aussi plusieurs mesures de prévention afin de permettre aux patients de conserver un capital santé qui soit le meilleur possible pendant le plus de temps possible. Par le recours à l'action socioculturelle, le patient est moins victime de l'ennui, voire de dépression²⁶ durant sa convalescence. D'autre part, la physiothérapie, l'ergothérapie ou encore la radiographie permettent de limiter les séquelles dues à des maladies ou des accidents, de dépister des

²¹ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994.

²² MATHYER, Eric. – *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006

²³ AUTRET, Joël.- *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002

²⁴ ROSSINI Stéphane & FAVRE BAUDRAZ Brigitte. – *Dossier du mois de l'ARTIAS : les oubliés de la protection sociale*. Neuchâtel, Février 2004

²⁵ AUTRET, Joël.- *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002

²⁶ MATHYER, Eric. – *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006

comportements à risque, ou encore d'élaborer des diagnostics anticipatoires de problématiques physiologiques futures.

4.2.1.2. Le patient au centre de nouveaux enjeux²⁷

En recoupant plusieurs de mes lectures²⁸, je pourrai donner du patient la définition suivante : un patient est une personne, peu importe ses affections, qui a une histoire et des projets, des relations avec un environnement social, professionnel, familial, et un contexte qui lui est propre. Il se doit d'être respecté et soutenu dans ses croyances et appartenances diverses ainsi que d'être encouragé à un mieux être dans l'occupation de son temps libre. Chaque patient a sa propre identité, son propre caractère et ses propres besoins. Il a donc le droit d'être perçu, pris en charge dans le respect de sa singularité, sans être considéré comme le dernier cas atteint de telle ou telle maladie.

Autrefois, le patient se contentait de peu et ne participait guère aux soins qui lui étaient prodigués. La médecine étatique se retrouvait souvent encore en concurrence²⁹ avec les médecines traditionnelles, considérées comme moins coûteuses. Mais, au fil des progrès de la médecine moderne, les attentes nourries par les patients, par rapport à l'intervention des soignants, se sont également modifiées. Une foi inconditionnelle en la médecine, reconnue comme science pouvant produire des miracles, a petit à petit vu le jour.

Dans le même temps, l'évolution des techniques de soins a amené les médecins à repousser toujours plus loin les limites qui séparent les hommes de la mort. Des enjeux éthiques³⁰ concernant les droits des patients ont également petit à petit émergé au cœur des pratiques soignantes, amenant de nouveaux questionnements pour les équipes de soins : « Jusqu'où peut-on aller sans que les traitements ne se muent en acharnement thérapeutique ? Quel est le droit de l'individu de disposer de lui-même ? Est-ce que l'individu est encore capable de discernement lorsqu'on constate parfois les lourds traitements auxquels il est astreint ? »

Avec ces nouveaux traitements, la prise en charge hospitalière a donc une fois de plus bénéficié d'une plus-value en terme de qualité de soins. De plus, les usagers ont parallèlement revendiqué leurs droits³¹, en terme de prise en charge médicale. Parmi ces derniers, le droit à l'information est peut-être celui qui est le plus évocateur du nouveau rôle qu'occupe désormais le patient et, de façon plus générale le bénéficiaire, au sein du système de santé. En effet, celui-ci prévoit que tout patient a droit à une information détaillée de son état de santé, car c'est seulement en répondant à ce critère qu'il pourra prendre une bonne décision et donner son consentement éclairé³². L'usage veut d'ailleurs que, plus l'intervention médicale est mutilante, plus le patient se doit d'être informé avec précision. En cas d'absence de discernement du patient, la même qualité d'information doit être donnée au représentant légal de celui-ci.

Afin d'aider le patient durant son séjour, le canton de Genève a même mis à disposition un conseiller accompagnant professionnel qualifié³³, censé gérer les situations de conflit que pourrait rencontrer le patient durant son séjour hospitalier et l'assister dans les procédures médicales et judiciaires.

Aujourd'hui, avec la revendication de ses droits, le citoyen, et donc le patient potentiel, se veut davantage impliqué dans les décisions liées au processus de soin. De nouveaux

²⁷ *Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998.

²⁸ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994

Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998.

Droit des patients. Genève : Forum Santé, 1993

²⁹ AUTRET, Joël.- *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002

³⁰ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994

³¹ *Droit des patients*. Genève : Forum Santé, 1993

³² *Droit des patients*. Genève : Forum Santé, 1993

³³ *Droit des patients*. Genève : Forum Santé, 1993

Cf « gatekeeper » *Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998. p.134-135

enjeux³⁴ entourent la prise en charge du patient : la communication liée aux processus de soins et aux coûts qu'ils engendrent et l'accès toujours plus important aux patients via l'introduction de nouveaux médias au sein des structures hospitalières ainsi qu'une augmentation des horaires de visite.

A cela vient s'ajouter une évolution de la vision par le public du système de soin dans sa globalité³⁵, considéré comme une véritable solution aux maux de notre société. En effet, les hôpitaux se font le lieu d'accueil de nouveaux patients, les patients à problèmes sociaux. Autrefois, peu pris en compte par les soins, nombreux sont les patients, aujourd'hui, qui vivent dans un certain mal-être, qui sont victimes de souffrances sociales dues à leurs conditions de travail ou encore à leur situation familiale instable, voire une combinaison de ces deux facteurs.

Les structures hospitalières se doivent donc aujourd'hui de prendre en charge les exclus sociaux, des patients aux valeurs de plus en plus étalées et provenant d'horizons de plus en plus divers. Parmi eux, un certain nombre sont physiquement bien portants, mais ils souffrent d'un malaise social bien compréhensible dans un monde assujéti au rendement qui met sous pression les individus et exclut ceux qui ne sauraient s'adapter au rythme effréné de la productivité.

Diagnostiqués parfois comme souffrant de telle ou telle maladie mentale, ces nouveaux patients sont donc voués à être avalés par le système de soins presque naturellement, gonflant ainsi le nombre³⁶ des malades psychiques. A en croire les statistiques, durant sa vie, un Suisse sur deux souffrirait d'une difficulté psychique requérant un traitement et, parmi les 16-20 ans, 35% des filles et 19% des garçons exprimeraient le besoin d'être aidés pour des difficultés en lien avec la tristesse et la dépression. Cela explique, sans doute, le manque de réactivité des politiques et permet donc à tous d'avoir bonne conscience, puisque quelqu'un s'occupe, ou mieux encore, soigne la masse toujours plus importante de défavorisés qui ne se sent plus apte à trouver sa place dans une société guidée uniquement par son profit. Cette appréciation simpliste de la situation montre le point de vue réducteur avec lequel les politiques et les médias abordent le domaine de la santé. Enfermés³⁷ dans un débat sur l'augmentation des primes maladies où dernièrement quelques progrès ont tout de même eu lieu³⁸, ils en oublient souvent la question des causes de l'augmentation des coûts, ou encore de la qualité et de la diversité des soins.

4.2.1.3. Des soins au carrefour de conflits de valeurs

Selon le Petit Robert³⁹, l'acte de soigner peut se définir comme le fait de « s'occuper du bien-être et du contentement de quelqu'un, du bon état de quelque chose », ou de « s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un » ou encore, « de s'occuper de guérir un mal ».

Souvent perçus comme la solution de tous les maux, les soins ont joui durant longtemps d'une toute puissance suite aux progrès rencontrés par la médecine moderne. En effet, au fil du XIX^{ème} siècle, les soins ont repoussé toujours plus loin le terme de la vie par l'application de nouveaux traitements. Devenant la réponse au vieillissement, à la dépendance, et à la finitude humaine, le personnel hospitalier, s'est donc vu pendant un certain temps, bénéficiaire d'un chèque en blanc⁴⁰ de la part de la société dans son ensemble, et donc du politique.

³⁴ DURAND, Jacqueline. – *Le cadre de santé : acteur incontournable dans le système hospitalier*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2007

³⁵ Film sur l'intervention quotidienne du médecin Luc Périmo DE CRECY, Hélène. – *La Consultation*. Zürich : FMX Xenix Film, 2008

³⁶ "Pas de santé sans santé psychique" *Le Nouvelliste*, 30.09.08 voir aussi le rapport national sur la santé de 2008 publié par l'observatoire suisse de la santé <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.114446.pdf>

³⁷ Débat Infrarouge entre Pascal Couchepin et Pierre-Yves Maillard, Télévision Suisse Romande, 05.10.05 <http://infrarouge.tsr.ch/forum-132-primes-maladie-dites-nous-tout-monsieur-couchepin.html>

³⁸ Débat Infrarouge entre Pierre-Yves Maillard et Yves Seydoux, Télévision Suisse Romande, 07.10.08 <http://infrarouge.tsr.ch/forum-299-assurance-maladie-guerre-primes-continue.html#undefined;vid=9816739>

³⁹ ROBERT, Paul. – *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993

⁴⁰ AUTRET, Joël. – *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002

Durant la seconde moitié du XX^{ème} siècle, nos systèmes de soins ont connu de nombreux changements. Les offres de soins se sont diversifiées afin de répondre à une demande de plus en plus variée et qui se veut davantage soucieuse du confort et de la qualité des soins apportés. C'est le début du soin confort, de la spécialisation du personnel hospitalier qui continue encore aujourd'hui par la création de nouvelles professions comme celle d'un gatekeeper proposée lors du *forum Louis-Jantet*⁴¹, ou la création de nouvelles formations comme la formation en thérapie manuelle destinée aux physiothérapeutes, ou les post-grade⁴² pour professionnels de la santé et du social mis en place par la HES, à savoir dernièrement : CAS en psychiatrie, CAS en psychiatrie de la personne âgée, et enfin DAS en psychiatrie.

Cependant, en cette période de restriction budgétaire, l'ensemble des traitements permettant la guérison de l'individu a été remis en cause. En effet, le développement du soin confort se heurte aux coûts qu'il engendre. Mais les attentes de la société concernant la qualité des soins à prodiguer aux patients ne cessent d'augmenter, générant donc d'énormes tensions entre les différents acteurs de soins : politiques, assurances, personnel hospitalier, et assurés. Pour expliquer ces tensions, il peut être intéressant de mettre en lumière quelques mutations que connaissent les soins modernes.

Tout d'abord, le politique et les directions d'institutions de soins ont mis en place une série de mesures administratives afin de s'assurer du rendement du personnel hospitalier et de répondre à un souci de qualité. A ces mesures sont venues s'ajouter la volonté des assurances de disposer d'un meilleur contrôle des soins prodigués, augmentant ainsi encore la charge dévolue aux tâches administratives au sein de notre système de soins.

De son côté, le personnel hospitalier se doit de faire face à une augmentation importante des demandes de soins, notamment suite au vieillissement de la population et à la consommation effrénée de soins conforfs par certains patients. De plus, les traitements permettant de maintenir en vie des personnes qui autrefois n'auraient pas survécu contribuent à augmenter les tâches auxquelles le personnel se doit de répondre. Enfin, certains soins de confort développés ne sauraient être aujourd'hui remis en cause, tant ils s'appuient sur des notions éthiques fondamentales. C'est notamment le cas du soutien aux malades en fin de vie qui s'appuie sur le droit qu'a chacun de mourir dignement. Dans ce type de soins, les investissements ne cessent d'ailleurs d'être réalisés comme le démontre la signature d'une convention entre l'Etat du Valais et le centre François-Xavier Bagnoud, désormais soutenu à hauteur de 62,5% de l'excédent de charge. Derrière ce financement, de nouveaux enjeux éthiques apparaissent comme le souligne Isabelle Millioud, responsable du Centre François-Xavier Bagnoud : « La reconnaissance du CFXB par les pouvoirs publics oriente l'avenir de manière très positive et nous nous en réjouissons. Il s'agit maintenant de développer des passerelles afin de permettre à chacun de pouvoir accéder librement à son souhait de mourir à domicile. C'est clairement un choix de société, politique et humain que de donner autant d'attention aux personnes en fin de vie qu'aux services de soins aigus. Dans les deux cas, cela concerne des personnes de même valeur humaine et nos décisions politiques doivent permettre le maintien d'un lien social garantissant le non abandon des plus vulnérables, les malades en fin de vie. »⁴³

Tout l'enjeu du débat de notre société par rapport aux soins actuels résulte donc de ce conflit de valeurs, entre droits inaliénables des patients et coûts qui en découlent pour la collectivité. Il n'est guère évident pour le politique d'établir une limite entre ces deux éléments à prendre en considération dans nos pratiques hospitalières, ce qui a pour conséquence que les institutions et le personnel hospitalier évoluent souvent dans un flou quant à l'équilibre à trouver entre rendement et qualité des traitements.

⁴¹ *Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998.

⁴² "Pas de santé sans santé psychique" *Le Nouvelliste*, 30.09.08

⁴³ "Soutien aux malades en fin de vie (CFXB)" *Le Nouvelliste*, 13.11.08

4.2.1.4. Vers une évolution complexe des pratiques hospitalières

Autrefois, le soignant était chargé de la prise en charge du patient dans son ensemble, dans les soins bio-psycho-sociaux⁴⁴. Actuellement, faute de temps et de moyens, l'organisation des tâches dévolues aux soignants s'est modifiée⁴⁵ afin de s'adapter aux multiples exigences de qualité et de rendement. Les soins infirmiers sont peu à peu passés⁴⁶ d'une discipline qui a pour but « d'aider l'être humain à atteindre, à conserver ou à retrouver un haut niveau de bien-être »⁴⁷, ou encore « d'aider ce dernier à s'acheminer vers une mort paisible »⁴⁸, vers une discipline de « la connaissance de l'application des traitements médicaux »⁴⁹. Cependant, il faut nuancer cette évolution qui selon un étudiant en soins infirmiers⁵⁰ dépend beaucoup de l'environnement de travail : « En théorie, nous privilégions une approche holistique de la personne, mais cette dernière n'est pas toujours mise en application sur le terrain. Lors de mes différents stages, j'ai pu constater que de nombreux critères influencent notre intervention : la hiérarchie, le service dans lequel nous intervenons, sa philosophie, la durée d'intervention auprès des patients, et enfin le sentiment de vivre ou non avec la personne. »

Autre point important, le rapport aux soins s'est modifié. Fort du mythe qui veut que la médecine puisse tout guérir, une certaine tranche de la population est entrée dans une logique de consommation⁵¹ des soins, au même titre que n'importe quel autre bien. Cette nouvelle dimension de l'intervention qui occasionne des coûts importants et qui vise à médicaliser la vie n'est pas sans conséquences pour les soignants, les généralistes et les structures hospitalières. Désormais, les soignants se doivent, en plus « d'être autonomes dans la gestion des soins de base et d'exécuter des traitements donnés par des thérapeutes, de pouvoir réorienter les patients vers des spécialistes »⁵². En effet, l'orientation du flot de patients est devenu un défi de chaque instant au sein du système de santé car nombreux sont les marginalisés par notre société qui échouent dans des lieux d'accueil de soins, alors qu'il existe d'autres organes de prise en charge mieux adaptés à leur situation, qu'il s'agisse de spécialistes ou d'institutions sociales.

Enfin, un changement de politique de soins est apparu durant le courant du XX^{ème} siècle. Comme le précise Gabriel Carron, président de l'association Valais de Cœur « On a passé d'un encadrement axé sur les soins à un encadrement mixte, soins et social, avec l'arrivée de maîtres socioprofessionnels et d'accompagnements socio-éducatifs. »⁵³ En effet, de centres de soins fermés nous sommes passés à des centres de soins qui se veulent de plus en plus ouverts sur le reste de la société. La nécessité pour les processus de soins actuels que les patients demeurent insérés dans la société malgré leurs troubles est devenue incontestée aujourd'hui. De nombreuses prestations sociales se sont donc développées au cœur de notre système de soins afin de pouvoir maintenir cette insertion, ou accompagner une réinsertion des patients. Mais ce phénomène peut aussi s'observer dans l'historique de nombreuses institutions décrites autrefois comme lieux d'internement sanitaires et aujourd'hui à vocation sociale, comme ci-dessus le foyer Valais de Cœur.

Enfin, le mode de prise en charge des soignants varie selon les services. En effet, de la pathogénèse, qui prédomina jusqu'au début des années 60, les soignants ont également intégré la salutogénèse. Contrairement à son prédécesseur qui s'appuie sur l'identification et

⁴⁴ DOBBS, Barbara & POLETTI Rosette.- *Vivre à l'hôpital : la structuration du temps de travail*. Clamecy : Le Centurion, 1977

⁴⁵ SAINSAULIEU Ivan. – *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*. Paris : Belin, 2007

⁴⁶ DOBBS, Barbara & POLETTI Rosette.- *Vivre à l'hôpital : la structuration du temps de travail*. Clamecy : Le Centurion, 1977

⁴⁷ DOBBS, Barbara & POLETTI Rosette.- *Vivre à l'hôpital : la structuration du temps de travail*. Clamecy : Le Centurion, 1977 p.10

⁴⁸ DOBBS, Barbara & POLETTI Rosette.- *Vivre à l'hôpital : la structuration du temps de travail*. Clamecy : Le Centurion, 1977 p.10

⁴⁹ DOBBS, Barbara & POLETTI Rosette.- *Vivre à l'hôpital : la structuration du temps de travail*. Clamecy : Le Centurion, 1977 p.10

⁵⁰ Réalisation d'un entretien exploratoire auprès de Jérémie Perraudin, étudiant HES de 3^{ème} année en soins infirmiers

⁵¹ AUTRET, Joël.- *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002

⁵² Réalisation d'un entretien exploratoire auprès de Jérémie Perraudin, étudiant HES de 3^{ème} année en soins infirmiers

⁵³ "Liberté de mouvement et autonomie" *Le Nouvelliste*, 13.10.08

l'élimination de symptômes, la salutogenèse est un mode d'intervention qui s'intéresse aux compétences du patient. Elle a pour but l'autonomie du patient, et une mobilisation de ses compétences et ressources afin de les maintenir le plus longtemps possible. Généralement, ce type d'approche est plébiscité par les soignants lors d'hospitalisations de longue durée, comme c'est souvent le cas en gériatrie.

4.2.2. La structure hospitalière : un système complexe

4.2.2.1. Acteurs de la structure⁵⁴

Visiteurs : Leur présence est la plus souvent limitée aux heures de visites, sauf lors de visites de patients en fin de vie.

Patients : Les patients connaissent des affections diverses. Pour une grande majorité d'entre eux, le passage au sein des structures hospitalières n'est qu'une courte étape du traitement de leurs maux. Mais, pour une minorité de personnes plus gravement atteintes, l'hôpital peut devenir leur quotidien durant une plus longue période de leur vie.

Soignants : Le plus souvent, cette nomenclature sert à qualifier les différents membres des équipes de soins. Mais, dans une acception plus large, nous pouvons considérer que tous les professionnels intervenant auprès de l'individu afin de contribuer à son bien-être personnel sont des soignants : radiologues, pharmaciens, animateurs, aumôniers, thérapeutes, médecins, personnel hôtelier, et même femmes de ménage. A leur sujet, le clown Eric Mathyer⁵⁵ précise d'ailleurs : « confidente des mamans, la nettoyeuse sent tout, voit tout, entend tout sans que personne ne lui prête attention. » Observatrices de premier choix, les nettoyeuses sont peut-être les personnes avec qui les contacts peuvent s'avérer les plus fructueux. Elles sont « l'âme » des structures hospitalières. Peu nombreuses sont pourtant les personnes à prêter attention à ces précieux témoins de situations tantôt cocasses, tantôt inquiétantes.

Ouvriers de l'hôpital : Les ouvriers de l'hôpital ne sont généralement pas appelés à interagir avec les patients, et seulement dans une moindre mesure avec le corps médical. Néanmoins, par leur intervention ciblée sur l'ensemble de la maison, ils sont à une place de choix pour échanger des observations, offrir une écoute d'une personne moins impliquée dans certaines situations, ou processus de décisions.

4.2.2.2. Mode de communication

a. Entre professionnels

En m'appuyant sur mon expérience en milieu hospitalier, j'effectue l'analyse suivante des communications entre professionnels. La communication au sein des structures hospitalières est fortement influencée par la hiérarchisation très verticale⁵⁶ du corps médical (professeur, médecin, médecin assistant, médecin stagiaire, infirmière responsable du service, infirmière chef d'unité, pharmacien, infirmière, assistante en soin, aide soignante). Les colloques importants y donnent donc l'occasion aux supérieurs de s'exprimer et de donner leurs recommandations quant à la marche à suivre, et les colloques de moindre importance permettent à chacun de se maintenir informé de ce que les autres font. Lors d'observations personnelles, j'ai constaté que peu de prises en charge conjointes ont lieu, bien que tous les professionnels traitent des mêmes patients et parlent de mêmes cas sous des points de vue différents. De même, au sein du corps médical, l'utilisation d'un langage spécifique aux soins semble être monnaie courante.

Au sein de ces structures, le recours à l'écrit et à la hiérarchie pour transmettre des informations semble être des pratiques courantes. Bien que dans certains cas, tout

⁵⁴ MATHYER, Eric. – *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006

⁵⁵ MATHYER, Eric. – *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006 p.37-38

⁵⁶ Ce point ressort également dans plusieurs ouvrages :

MATHYER, Eric, *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006

PERRUCHOUD, Philippe, *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994

particulièrement lors de demandes de moindre importance, ce type de démarche puisse paraître superflu, il est communément admis que le manque d'égard envers la hiérarchie pourrait avoir des conséquences néfastes, voire annihiler tout bonnement des démarches entreprises.

Ce système est d'ailleurs propre à l'organisation actuelle des équipes de soins où le médecin ne saurait être remis en question dans son diagnostic, ou suite aux ordonnances et traitements qu'il préconise. Le recours à l'écrit est d'ailleurs davantage marqué au sein des équipes soignantes où l'on tient à jour les dossiers des patients, réalise des rapports journaliers, et où le médecin formule ses prescriptions le plus souvent par écrit.

L'utilisation primordiale de l'oral ne semble en fait propre qu'à l'intervention de l'action socioculturelle qui ne laisse donc que peu de traces de ce qu'elle réalise. Ce manque de présence manifeste de l'action socioculturelle est sans doute accentué encore par son manque de visibilité à l'extérieur des structures hospitalières.

b. Des professionnels avec le patient

Les manières de percevoir les patients sont souvent bien différentes selon que l'on est médecin, infirmier ou encore issu d'un service d'action socioculturelle quel qu'il soit (aumônerie, clown relationnel, animation socioculturelle...). Suite à une enquête de terrain réalisée par un aumônier⁵⁷, chacun peut avoir une idée plus précise de la façon dont les différents intervenants se situent dans la relation avec le patient.

Pour le médecin⁵⁸

Selon les propos du médecin recueillis par l'aumônier, celui-ci est le seul à être le détenteur de la guérison. Au centre du processus de soins, il diagnostique le trouble dont le patient est affecté et prescrit les traitements et thérapies que le patient doit suivre. Les autres soignants sont des exécutants. La santé de son patient et toutes les décisions qui l'accompagnent sont donc placées sous son unique responsabilité.

Les médecins peuvent désormais, plus facilement, se passer des indications des patients car la médecine moderne leur a offert d'autres indicateurs qui sont tout aussi, voire davantage, efficaces. En effet, les progrès scientifiques ont donné la possibilité au médecin de réduire le temps à passer auprès du patient. Le risque majeur de cette évolution de la profession est donc le manque d'écoute par le médecin des désirs du patient qui pourrait découler de ce nouvel état de fait. En effet, il est désormais plus facile de prendre les dires du patient pour un charabia inutile et imprécis suite à l'apparition des nouvelles techniques de dépistage des maladies ou des problèmes de santé dans leur ensemble.

L'exemple significatif de la grande visite

La grande visite est souvent mal vécue par le patient qui devant la masse de blouses blanches défilant dans sa chambre peut se sentir quelque peu envahi, rejeté, voire ignoré. Peinant à verbaliser sa souffrance, le patient se trouve souvent confiné dans un rôle passif, peu écouté dans ses besoins, et confronté à un vocabulaire d'initiés qui lui échappe. Les soignants statuent sur son cas, comme en un quelconque objet d'étude déshumanisé.

Victime du clivage⁵⁹ qui sépare les initiés du néophyte qu'il est bien souvent, le patient peut donc aisément se retrouver impuissant dans une telle situation, dépendant d'une conversation et de décisions dont il est l'objet, sans pour autant pouvoir y intervenir.

Enfin, en raison de son ignorance, le patient est obligé de vouer une totale confiance au médecin qui se place en tant que guérisseur, détenteur de toutes les réponses. Dans un tel moment, les proches et la famille peuvent donc se retrouver totalement désemparés face au

⁵⁷ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994

⁵⁸ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994 p. 56

⁵⁹ Eric Mathyer réalise un constat semblable : MATHYER, Eric. – *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006

peu d'intérêt qu'on leur porte et au manque d'informations compréhensibles qui leur sont transmises.

Pour l'équipe soignante⁶⁰

Pour les soignants, la relation qu'ils entretiennent avec le patient est privilégiée. Ce dernier est au centre du processus de soin et nul ne saurait être à l'écoute de ses aspirations, de ses besoins et de ses envies mieux qu'eux. En effet, par la fréquence des contacts qu'elle a avec les patients et les soins qu'elle doit lui apporter, l'équipe soignante est sans nul doute l'actrice de la prise en charge la plus proche des patients et de leur vécu.

La réalité d'une prise en charge quotidienne⁶¹

Quotidiennement, l'équipe de soins essaie de faire évoluer le patient vers un mieux. En le motivant, en favorisant son autonomie, l'équipe de soins s'attache à lui faire recouvrer ses capacités. Garante du fait que le patient se sente valorisé, respecté dans sa dignité, l'équipe de soin sert également de relais entre le patient et le médecin. Enfin, l'équipe de soins se veut détentrice d'un rôle de prévention majeur : assurer au patient un statut, une identité, peu importe les affections dont il est victime.

Pour le conducteur de l'action socio-culturelle⁶²

Selon l'aumônier, les décisions devraient se prendre en interdisciplinarité, chacun étant spécialiste d'un domaine de la prise en charge. L'animateur y serait le spécialiste du mieux-être du patient par rapport à lui-même, ou d'un mieux-être du patient par rapport à son environnement, qu'il soit social, culturel, ou encore spirituel.

La nécessité d'une prise en charge en interdisciplinarité

L'action socio-culturelle veut davantage rendre efficiente la collaboration avec les autres acteurs liés au processus de soins. Elle met en avant le fait que chacun bénéficie d'une relation privilégiée avec le patient et que celle-ci est due au rôle spécifique qu'il occupe. L'action socio-culturelle aimerait aussi une organisation différente du pouvoir décisionnel, correspondant mieux à son besoin d'être reconnue dans sa spécificité.

4.3. Le patient : Un être complexe aux besoins multiples

4.3.1. La théorie de Maslow

Selon le professeur Abraham Maslow, souvent cité dans les cours des travailleurs sociaux et des infirmiers⁶³, il existe cinq grandes catégories de besoins auxquels l'individu aspire à répondre : le besoin physiologique, le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime et enfin le besoin de s'accomplir. L'individu passe à un besoin d'ordre supérieur quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.

Cependant, cette hiérarchisation a été maintes fois remise en question car elle ne saurait s'appliquer à tous les cas. En effet, en de nombreuses occasions, l'homme a prouvé qu'il était prêt à se mettre en danger pour son prochain, ou pour bénéficier de davantage de reconnaissance, répondant ainsi à des aspirations plus profondes qu'un besoin de sécurité ou même physiologique : lors de la cache de juifs durant la seconde guerre mondiale, lors du soulèvement de jeunes des banlieues françaises en 2005⁶⁴, ou encore plus récemment lors la mort d'un jeune Coréen ou l'hospitalisation de deux français, tous accros aux jeux vidéos⁶⁵.

⁶⁰ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994 p. 56-57

⁶¹ PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994 p. 56-57

⁶² Il s'agit dans le cas présent de la situation d'un aumônier en milieu hospitalier.

PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994 p. 57

⁶³ Réalisation d'un entretien exploratoire auprès de Jérémie Perraudin, étudiant HES de 3^{ème} année en soins infirmiers

⁶⁴ Site du centre d'études et d'initiatives de solidarité internationale http://www.reseau-ipam.org/article.php3?id_article=1147

⁶⁵ Site d'informations en ligne dénommé le Tom's guide <http://www.infos-du-net.com/actualite/5089-coreen-mort-jeux-videos.html>

Tous ces exemples ne font donc que mettre une fois de plus en évidence la nécessité pour certains individus de répondre à des besoins d'appartenance, d'estime ou encore d'atteindre un certain épanouissement personnel, avant de se soucier de leur bien-être physiologique ou de leur sécurité. De multiples facteurs tel que l'âge, le contexte social, économique, familial, politique ou encore religieux entrent donc en ligne de compte afin de faire prévaloir certains besoins par rapport à d'autres. Pour l'heure, la création d'une théorie de classification de l'importance des besoins de l'individu demeure donc irréaliste, d'où une nécessité d'une intervention concertée entre soignants du corps et soignants de l'esprit.

Néanmoins, l'identification par Abraham Maslow de cinq catégories⁶⁶ de besoins permet de lever une part du voile sur les besoins nécessaires à l'individu pour accéder au bien-être, et observer ainsi des différences entre les différents acteurs de soins.

Par exemple, le besoin physiologique qui est directement lié à la survie des individus ou de l'espèce est assuré en priorité par les équipes de soins qui veillent à ce que leurs patients puissent être alimentés, bénéficier de conditions de vie décentes et qu'ils soient respectés dans leur intimité. De même, le besoin de sécurité qui consiste à conserver un existant, un acquis fait partie intégrante du processus de soins mis en place par les équipes soignantes : encouragement à la marche, mobilisation après une longue période d'immobilisme, vaccination afin de prévenir des infections et prévention des chutes.

Cependant, avec le besoin d'appartenance, la dimension sociale de l'individu apparaît. En effet, chacun a besoin de se sentir accepté par les groupes dans lesquels il vit : famille, travail, association, amis. Durant une hospitalisation ou lorsque cette dernière s'est inscrite dans la durée, il peut s'avérer difficile pour le patient d'intégrer de nouveaux groupes ou de retrouver la place qui était la sienne avant de s'absenter. Afin de conserver ce lien, l'action socioculturelle a un rôle clef à jouer auprès des différents acteurs qui entretiennent des relations avec le patient mais aussi auprès du patient lui-même afin qu'il ne demeure pas dans son isolement mais qu'au contraire il renoue, entretienne, développe des relations. Dans ce même esprit, la valorisation du patient, répondant au besoin d'estime de l'individu, est une étape importante afin de maintenir le patient intégré dans la société, de lui permettre d'y conserver des repères, d'y être reconnu, respecté, entendu. Enfin, le besoin de s'accomplir, considéré par Maslow comme le sommet des aspirations humaines, fait ici appelle à un accompagnement spirituel basé sur une prise en compte socioculturelle de chaque individu. Ce dernier s'inscrit dans le temps d'attente que représente l'hospitalisation, et vise à sortir l'individu d'une condition purement matérielle pour atteindre l'épanouissement. Davantage présent lors d'une hospitalisation, le besoin de s'accomplir amène l'homme à se questionner sur sa condition, sur le sens qu'il veut donner à sa vie.

4.3.2. La théorie de Virginia Henderson⁶⁷

Selon Virginia Henderson, la définition des soins infirmiers de base s'applique à tous les malades et à tous les milieux. De même que pour Abraham Maslow, un besoin, selon elle, ne peut être atteint que si les besoins précédents sont déjà satisfaits. En me basant sur le même argumentaire que ci-dessus, je continue de penser qu'une théorie sur la hiérarchisation des besoins de l'être humain est irréalisable dans la mesure où cette dernière devrait fluctuer selon l'environnement et le caractère de chaque individu.

Par contre, la création d'une autre échelle d'identification des besoins que celles de Abraham Maslow demeure intéressante puisqu'elle permet de bénéficier d'un second point de vue sur l'approche des besoins de l'individu et d'identifier des limites entre intervention sociale et sanitaire.

En effet, il est intéressant de constater que les infirmiers sont davantage sensibilisés aux besoins physiologiques qui sont également placés en premier dans cette théorie : besoin de respirer, besoin de boire et manger, besoin d'éliminer, besoin de se mouvoir et de maintenir une position, besoin de dormir et se reposer, besoin de se vêtir et se dévêtir, besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale, besoin d'être propre et de

⁶⁶ Repris du site du sémioscope http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8

⁶⁷ Repris du site de Lucien Mias <http://membres.lycos.fr/papadoc/573Hendgrille.html>

protéger ses téguments, et enfin besoin d'éviter les dangers. Ce n'est que lors de l'évocation du dixième besoin de Virginia Henderson que nous retrouvons des besoins davantage liés à une intervention sociale : besoin de communiquer, besoin de partager sa religion et d'agir selon ses croyances, besoin de s'occuper et de se réaliser, besoin de se récréer, et enfin besoin d'apprendre. L'action socioculturelle hospitalière se doit donc de répondre à ces besoins, considérés comme secondaires par les soins, afin de les intégrer au processus de soin.

4.4. L'action socioculturelle hospitalière

4.4.1. L'action sociale

Si l'on en croit le dictionnaire⁶⁸, le social se rapporte à un groupe d'individus, à ce qui appartient à un tel groupe et participe de ses caractères. Il se compose de ce qui est propre à la société constituée, de ce qui concerne la collectivité et il détermine ainsi les rapports entre les classes de la société, tout en se destinant à venir en aide à ceux qui en ont besoin et à contribuer au bien de tous. L'action sociale pourrait donc dès lors être perçue comme un phénomène permettant la mise en mouvement, voire la modification, de l'organisation des relations qu'un individu ou un groupe d'individus entretient avec les autres en vue d'un mieux-être.

4.4.2. L'action culturelle

Toujours selon le dictionnaire⁶⁹, la culture se constitue de l'ensemble des aspects intellectuels propres à une civilisation, une nation. Elle représente l'ensemble des formes de comportement acquises dans les sociétés humaines. Par conséquent, l'action culturelle pourrait donc se définir comme la mise en mouvement de l'une de ces formes de comportement afin qu'un individu ou un groupe d'individus y réponde.

4.4.3. L'action socioculturelle et l'hôpital

L'action socioculturelle se définit donc, à la lumière des deux définitions ci-dessus, comme la mise en mouvement ou la modification par la culture des relations que des individus entretiennent, en vue d'un mieux-être. En milieu hospitalier, elle est apparue relativement récemment. Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, tandis que le corps médical semble davantage s'occuper des soins physiologiques⁷⁰ à donner aux patients et des nouvelles avancées de la médecine, de nouvelles méthodes de prises en charge des intérêts des patients apparaissent⁷¹ timidement : musicothérapie, art thérapie, clown relationnel, animation socioculturelle...

Ces nouvelles approches, avec d'autres modes d'interventions plus anciens comme l'animation spirituelle, vont peu à peu occuper le champ de l'approche globale du bien-être du patient, formant ainsi un nouveau champ d'action en milieu hospitalier et donnant naissance à des spécialistes de la création de bien-être au sein des structures hospitalières. Ce mouvement de spécialisation est d'ailleurs commun à tous les acteurs du monde hospitalier⁷² car, dans le même temps, la prise en charge se complexifie de plus en plus et de nouvelles professions de la santé apparaissent : physiothérapeutes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmier de liaison...

⁶⁸ ROBERT, Paul.- *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993

⁶⁹ ROBERT, Paul.- *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993

⁷⁰ AUTRET, Joël.- *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002 p.88

SAINSAULIEU, Ivan.- *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*. Paris : Edition Belin, 2007 p. 72-73-74

⁷¹ MATHYER, Eric. – *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006 p. 46-48

⁷² AUTRET, Joël.- *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002 p.88-89-90-91-188

Ayant pour ambition de répondre aux besoins de liberté, d'authenticité⁷³ du patient, l'action socioculturelle en milieu hospitalier se veut un cadre de prise en charge basé avant tout sur la relation avec le patient, sur l'écoute de ses aspirations, sur la garantie pour ce dernier de bénéficier d'un espace où il peut être revalorisé en étant seul maître de ses choix. De plus, en encourageant les patients à avoir des projets, à rencontrer des gens, à prendre des initiatives, à réfléchir sur leur vécu, l'action socioculturelle hospitalière veut aussi permettre à chacun de se distraire, de se cultiver, de maintenir des liens sociaux, de développer son autonomie, de grandir à travers soi et à travers l'autre.

Néanmoins, ne réalise pas une action socioculturelle qui veut. Pour redonner du sens à la vie du patient, lui redonner son identité, lui permettre de s'ouvrir à son environnement, un certain nombre de ressources sont nécessaires, qu'il s'agisse de compétences personnelles, de moyens mis en place par les structures hospitalières ou encore de connaissances acquises au contact des bénéficiaires. En effet, l'action socioculturelle hospitalière, compte tenu des connaissances à acquérir, ne saurait dévoiler tout son potentiel sans l'assentiment et l'implication de l'intégralité du système hospitalier dans ses actions. Bouleversant les cadres établis (horaires, lieux, organisation...), se devant de connaître le mieux possible l'environnement des bénéficiaires et manquant parfois cruellement de matériel voire de personnel comme j'ai pu le constater lors de mes expériences dans ce milieu, les acteurs de l'action socioculturelle doivent sans cesse s'adapter. Ils le doivent d'autant plus qu'il leur est désormais demandé d'évaluer leurs actions et qu'ils doivent prendre en compte le rôle primordial du corps médical pour réaliser leur intervention dans les meilleures conditions possibles. Un des défis futurs de l'action socioculturelle hospitalière sera, sans doute, de pouvoir développer des moyens qui permettent de poser des bases de collaboration avec les autres intervenants et de faciliter les échanges de points de vue entre ces deux grands acteurs de l'hôpital que sont les soins et l'action socioculturelle. En effet, la collaboration entre membres du corps médical et membres de l'action socioculturelle hospitalière ne saurait aller de soi car ils connaissent de nombreuses divergences, comme j'en ai fait l'expérience, notamment en termes de buts, de vision du patient, de rapport à la hiérarchie, de mode d'intervention, de perception de l'autre, d'autoévaluation, et de traçabilité de leurs actions.

Pourtant, une collaboration entre ces deux services est nécessaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de confirmer ou d'affiner les observations réalisées, surtout compte tenu de la population de plus en plus dépendante qui peuple les hôpitaux.

4.5. Le concept de valorisation

4.5.1. La valorisation que l'action socioculturelle hospitalière se fait d'elle-même

Si l'on en croit Carl Rogers⁷⁴ et sa théorie humaniste, nul ne peut mieux que l'individu concerné savoir ce qui est bon pour lui. De même, ce dernier se doit de s'appuyer sur les ressources dont il dispose afin de pouvoir se sentir valorisé dans l'estime qu'il entretient de lui-même. Valoriser pourrait donc se définir, dans le cas présent, comme prendre conscience d'être une personne porteuse de ressources qui bénéficie de la capacité de les mobiliser, de les exploiter afin de répondre à ses propres besoins et attentes. Si nous transposons cette idée de valorisation à l'action socioculturelle hospitalière, la valorisation serait donc dans ce cas, la prise de conscience de sa spécificité, de ses propres ressources et de ses compétences.

Néanmoins, la valorisation présentée ci-dessus n'est qu'un des deux aspects qui mènent à la compréhension de ce qu'est l'action socioculturelle hospitalière, son rôle et son sens. En

⁷³ LAIREZ-SOSIEWICZ Nicole. – *Imaginer et réaliser : la marmite des professionnels en gériatrie*. Lyon : Chronique Sociale, 2006 p.11

⁷⁴ ROGERS Carl Ransom.- *Le développement de la personne*. Paris, Dunod, 1968 p.11

effet, il n'est ici question que du rapport que l'animateur entretient avec sa profession. Pratiquement, cette première valorisation de l'animateur hospitalier passerait par les éléments suivants :

- Être présent au sein du référentiel de compétence⁷⁵ de la plateforme romande, avec l'idée que le conducteur de l'action socioculturelle est un acteur de promotion et de prévention de la santé
- Exister au niveau de la formation vu qu'apparemment sans une expérience préalable, je n'aurai jamais découvert ce champ d'intervention durant ma formation HES

4.5.2. La valorisation que les autres acteurs font de l'action socioculturelle hospitalière

Un second aspect de la valorisation, toujours si l'on en croit le « concept de soi » développé par Rogers⁷⁶, serait le rapport des actions de l'animateur hospitalier avec l'autre, ou plutôt, dans le cas présent, avec les autres professionnels du système de santé qu'il est appelé à côtoyer ou encore les patients et les visiteurs. Pour évaluer la manière dont l'animateur est valorisé par les autres acteurs de la structure hospitalière, un certain nombre d'éléments ont été retenus :

- Organigramme
- Pouvoir décisionnel
- Cahier des charges « champ d'intervention »
- Pouvoir répondre aux fonctions que nous attribue le référentiel
- Être reconnu par les autres intervenants de la structure, dans la spécificité des méthodes et des outils d'intervention employés

⁷⁵ Ci-joint en annexe, les huit fonctions de l'ASC sur lesquelles la formation romande générique se base, www.anim.ch. Il est important de préciser ici que le référentiel de compétences a été conçu dans une volonté de regrouper un maximum de champs et d'adopter un point de vue le plus large possible.

⁷⁶ Rogers fait encore mention dans son livre de l'image idéalisée que l'individu se fait de lui-même et de la manière idéalisée dont l'individu souhaiterait être perçu comme éléments constitutifs de l'individu. Mais, ces éléments ne seront pas pris en compte dans la présente étude.

5. Etat des lieux

5.1. *L'action socioculturelle : Des pratiques variées au service d'une cause commune ?*

5.1.1. **Exploration d'un champ aux multiples pratiques**

Au préalable, il nous faut peut-être davantage définir les spécificités d'approches du patient qui existent au sein même de l'action socioculturelle hospitalière, qu'elles soient sensorielles, émotionnelles ou encore sociales. A cette fin, j'ai tâché d'identifier les techniques d'intervention et les professions qui pourraient relever de l'action socioculturelle hospitalière. Pour se faire, outre l'analyse de mes expériences de stage, je me suis reporté aux ouvrages de professionnels traitant de leur pratique, et j'ai conduit sur le terrain un certain nombre d'entretiens, un par profession. Pour mieux définir les différents types d'actions socioculturelles que vous pouvez retrouver en annexe, et relever leurs dissemblances et ressemblances, j'ai finalement choisi la série de critères énumérés ci-dessous :

- L'histoire de l'intervention
- Les fonctions et buts poursuivis
- La forme de la prise en charge
- La formation en quelques mots
- Les compétences
- Les références déontologiques et éthiques
- Le champ d'intervention
- Les conditions d'intervention
- La préparation de l'intervention
- Les outils et matériel utilisé
- Les défis et enjeux futurs pour la profession

5.1.2. **Méthodes d'investigation**

Afin de mieux comprendre le champ de l'action socioculturelle, et par extension, celui de l'intervention des professions paramédicales, j'ai réalisé plusieurs recherches sur différentes professions : spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute), interprète/médiateur culturel, ergothérapeute, assistant social, éducateur, animateur socioculturel, psychomotricien, psychologue, aumônier, clown d'hôpital, enseignant, musicothérapeute, et enfin art-thérapeute. Ainsi, j'ai pu peu à peu identifier d'autres pratiques hospitalières pouvant s'apparenter à une intervention socioculturelle, mieux comprendre d'autres pratiques, et relever d'éventuels points communs entre celles-ci et l'action menée par un animateur socioculturel. Enfin, l'analyse des données récoltées m'a permis de repérer des défis communs à des champs d'intervention ou des professions, et de réaliser une première esquisse de ce qu'est une action socioculturelle en milieu hospitalier.

Pour mener cette étude à bien, j'ai réalisé, d'automne 2008 à février 2009, des entretiens avec un professionnel de chacune des professions décrites en annexe. En parallèle, j'ai également lu un livre traitant soit de la profession en général, soit de la pratique d'un autre professionnel, d'automne 2008 à juillet 2009. En m'appuyant sur deux sources d'informations distinctes, j'espère ainsi avoir gagné en objectivité pour définir, d'un point de vue général, chacune des professions découvertes. Enfin, de juillet à août 2009, j'ai réalisé l'analyse de ces données sous forme de tableaux croisés⁷⁷, pour finalement retranscrire la synthèse de cette analyse en septembre 2009. Afin de respecter l'anonymat des auteurs, tous les professionnels interrogés sont cités par leur fonction et le masculin a été privilégié durant toute la rédaction, bien que plusieurs femmes aient participé à l'étude.

⁷⁷ QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc.- *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995 p. 194-205

5.1.3. Vers une redéfinition de l'action socioculturelle

Lors de collectes de données liées aux différentes professions développées en annexe, j'ai pu constater à de multiples reprises que certaines d'entre elles, qui existaient au sein de l'organigramme hospitalier, étaient rattachées au service médico-technique. En me renseignant dans un dictionnaire⁷⁸, j'ai appris que sous ce terme se regroupent l'ensemble des procédés médicaux employés pour produire une œuvre, un résultat, ou selon une seconde définition, l'ensemble des procédés médicaux ordonnés, scientifiquement mis au point, qui sont employés à l'investigation et la transformation de la nature.

En partant de l'idée que l'action socioculturelle veille au bien-être du patient par la création, l'apprentissage, la reproduction et la réappropriation de comportements culturellement acceptables pour le reste de la société, je pense que le champ de l'action socioculturelle appartient donc à ce groupe d'interventions médico-techniques et qu'il en représente une branche importante. En effet, après les premiers jours d'hospitalisation et parfois également avant, dans un but préventif, tout un ensemble de professionnels veille à obtenir toutes sortes d'informations destinées à mieux connaître le patient et son environnement bio-psycho-social. Leur but est de lui permettre de retrouver un maximum d'autonomie après son opération, sa crise, ou le déséquilibre qu'il a connu en s'appuyant sur les ressources dont il dispose.

Dans cette mission, le champ de l'action socioculturelle occupe une place importante puisque les professionnels qui y interviennent se doivent, pour répondre aux besoins des patients, d'entrer en relation afin de comprendre leurs perceptions de l'environnement hospitalier et leurs vécus, de connaître les ressources dont ils disposent et pouvoir les exploiter, et enfin de bénéficier d'informations sur leur vie quotidienne et les habitudes qui y sont liées. En effet, pour eux, le diagnostic ne saurait suffire à répondre à leurs attentes, contrairement peut-être aux soignants et au corps médical qui, après avoir réalisé des examens et des analyses, peuvent déjà mettre en place un traitement ou en tirer certaines conclusions.

Cependant, le champ de l'action socioculturelle est composé d'un nombre de professionnels conséquents, et bénéficie donc d'une multiplicité de moyens. En effet, malgré un but et une méthode d'action communs, fondés sur le patient qui sert de principale source d'informations, les méthodes peuvent fluctuer, passant d'une simple discussion à l'utilisation de supports variés : instruments de musique, peinture, sculpture, chant...au point qu'il semble difficile de pousser ici plus loin l'analyse de ce qui compose exactement ce champ. Dans cette seconde partie, je me limiterai donc à tirer quelques liens entre les différentes formes d'interventions tout en admettant que les données recueillies ne sauraient offrir une vision suffisamment exhaustive du métier pour prétendre que des exceptions ne peuvent exister. Il s'agit donc principalement, ci-dessous, d'identifier la ligne générale dans laquelle s'inscrivent les différentes interventions, d'essayer d'en dégager celles appartenant au champ socioculturel, et de relever des défis communs liés aux professions qui occupent ce champ.

5.2. *Quelle profession répond à quels besoins de Maslow*

5.2.1. Le besoin physiologique

Bien que les besoins physiologiques soient en premier lieu assurés par les équipes de soins qui veillent à ce que leurs patients puissent être alimentés, bénéficier de conditions de vie décentes et qu'ils soient respectés dans leur intimité, l'assistant social y répond également de façon indirecte. En effet, par les démarches qu'il réalise auprès des assurances sociales et des employeurs potentiels, il veille à ce qu'une fois que le patient a quitté l'hôpital, il puisse combler ce besoin.

⁷⁸ ROBERT, Paul.- *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993

5.2.2. Le besoin de sécurité

Contrairement au point de vue que j'adoptais avant l'étude, je prends conscience que de nombreuses interventions répondent à ce besoin. Qu'il s'agisse de donner un cadre au patient, de lui redonner des repères, de le mettre en confiance, ou encore de lui offrir un espace contenant, plusieurs professions ont pour but de permettre aux patients de se sentir en sécurité, dans un environnement aussi familier que possible où il puisse progresser à son rythme sans crainte de jugements.

5.2.3. Le besoin d'appartenance

En recréant et en maintenant des liens entre le patient et son entourage, son environnement familial, social et professionnel, de nombreux professionnels du champ paramédical, et plus exactement de l'action socioculturelle, répondent au besoin d'appartenance de l'individu. En effet, dans de nombreux cas, les professionnels servent d'intermédiaires entre le patient et son réseau social. Souvent, leur rôle dépasse même cette simple fonction de passage de témoin pour devenir celui d'un accompagnant dans la création de nouveaux liens, que ce soit au sein même de l'institution ou en dehors de celle-ci en renforçant le réseau social du patient. Enfin, dans le cas du psychologue, il n'est pas rare qu'il intervienne sur l'individu lui-même en lui faisant prendre conscience des groupes auxquels il appartient.

5.2.4. Le besoin d'estime

La valorisation du patient, répondant au besoin d'estime de l'individu, est une étape importante afin de maintenir le patient intégré dans la société pour qu'il conserve des repères, qu'il puisse y être entendu, respecté, reconnu. En effet, ce n'est qu'en étant suffisamment pris en compte que le patient s'exprimera en toute confiance, conservera le droit de choisir, et gagnera ainsi en autonomie. Capital pour toutes les professions paramédicales, le défi de faire retrouver au patient un maximum d'autonomie est commun aux différentes professions que j'ai définies. Cependant, les moyens pour y parvenir varient : conscientisation d'autres modes de faire, acceptation par le patient de son état, valorisation d'autres compétences du patient, création de nouveaux apprentissages...

5.2.5. Le besoin spirituel

Le besoin de s'accomplir, considéré par Maslow comme le sommet des aspirations humaines, fait ici appel à un accompagnement spirituel basé sur une prise en compte socioculturelle de chaque individu. Cet accompagnement cherche à intervenir directement sur la condition humaine, sur le sens de la vie. Dans ce temps d'attente que représente l'hospitalisation, quelques professions se doivent non pas de répondre à ce besoin, mais bel et bien de l'entretenir en le révélant à l'individu, au patient qui, parfois même, l'ignorait jusqu'ici. Qu'il s'agisse de lectures choisies proposées par le spécialiste en information documentaire ou le bibliothérapeute ou encore d'une intervention du psychologue ou de l'aumônier, toutes ces interventions ont avant tout pour objectif de permettre au patient de construire sa réponse au besoin spirituel. Chacun est naturellement libre de croire ou non et de recevoir, le cas échéant, des sacrements.

Besoins	Physiologiques	Sécurité	Appartenance	Estime	Spirituel
Professions					
Ergothérapeute		x	x	x	
Psychomotricien		x	x	x	
Enseignant		x	x	x	
Assistant social	x	x	x	x	
Educateur		x	x	x	
Musicothérapeute		x		x	
Art-thérapeute		x		x	
Psychologue		x	x	x	x

Interprète	x		x	x	
Animateur socioculturel		x	x	x	
Bibliothérapeute		x	x	x	x
Spécialiste en information documentaire	x	x	x	x	x
Clown		x		x	
Aumônier		x	x	x	x

5.3. *Identification du champ de l'action socioculturelle*⁷⁹

Après avoir identifié les critères propres aux différentes professions, l'analyse des ressemblances et dissemblances existant entre les différentes professions et formes d'interventions m'amène à élaborer l'hypothèse de classification suivante, qui n'engage bien sûr que moi.

Tout d'abord, une grande partie des professions identifiées comme appartenant au milieu hospitalier occupent un rôle, une fonction sociale. Qu'il s'agisse de défendre, d'accompagner, de socialiser, de mettre en lien, de faire évoluer le patient vers un mieux-être, toutes répondent à des buts sociaux. Ensuite, parmi les interventions étudiées, une bonne partie d'entre elles ont une visée thérapeutique. Elles visent à « amener l'autre à un processus de changement, puis de le conduire à faire face aux différentes situations existentielles, et enfin à percevoir que la vie vaut la peine d'être vécue⁸⁰ ». Elles permettent donc aux patients d'évacuer émotionnellement, de bénéficier d'un cadre structurant, de réacquiescer des repères et les amènent à une prise de conscience de leur état afin de travailler avec eux sur un manque, un ressenti, une nouvelle manière de vivre au quotidien destinée à leur faire retrouver un équilibre. En résumé, il s'agit de faire évoluer un jugement erroné du patient sur lui-même ou sa propre situation⁸¹. Cependant, quelques-unes des interventions, à l'image de la clown-thérapie et de l'animation socioculturelle, se concentrent davantage sur la prise de conscience, par le patient, de ses capacités, de ses ressources, de toutes les choses qu'il est encore capable d'accomplir.

Enfin, une majorité des interventions et professions prises en compte se trouvent également réparties en deux catégories : celle des interventions physiologiques, et celle des interventions socioculturelles.

En ce qui concerne les interventions physiologiques, on peut les subdiviser en différents groupes de professionnels. Certains répondent, par exemple, également à une fonction sociale dans une approche bio-psycho-sociale, tandis que d'autres par contre peuvent, en fonction des services, y répondre ou pas : c'est notamment le cas des infirmiers, et des infirmiers chefs d'unité de soins (ICUS) que l'on peut retrouver dans différents groupes en fonction des services qui les emploient. En effet, en soins aigus par exemple, l'attention à la relation au patient sera moindre que celle qui peut exister en gériatrie ou en psychogériatrie. De même, l'éducateur présent également dans deux groupes, occupe, selon l'organisation des soins, en transdisciplinarité ou pas, une fonction de réponse aux soins physiologiques. Enfin, parmi une minorité des interventions physiologiques, certaines se veulent être également des thérapies, avec cette fois-ci une évaluation de l'évolution du patient sur le plan physique.

En ce qui concerne les interventions socioculturelles, certaines répondent notamment à une fonction occupationnelle de gestion du temps du patient hospitalisé, que ce soit par la lecture

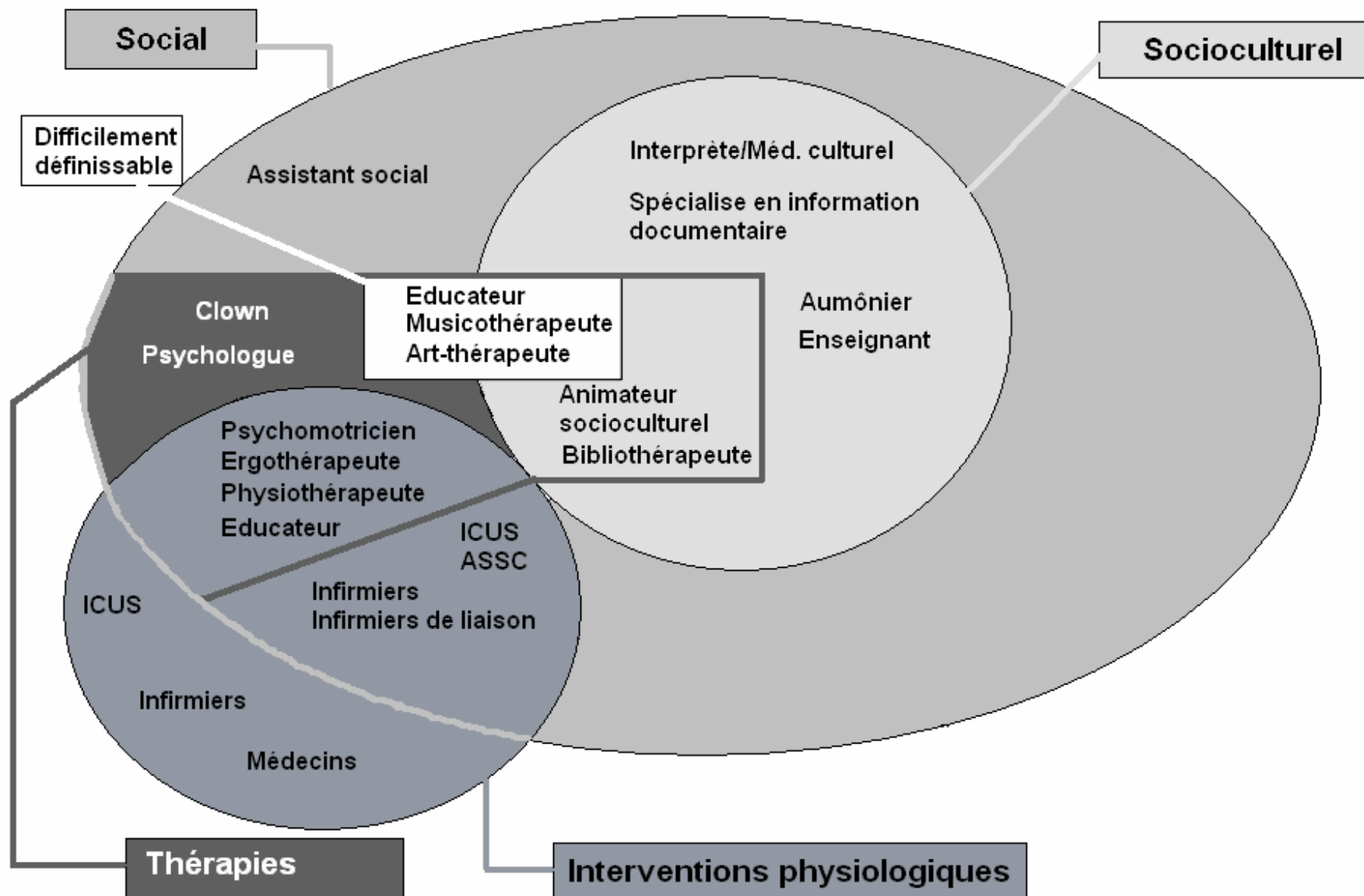
⁷⁹ Les explications mentionnées ci-dessous résultent de l'analyse des professions étudiées représentée sous forme de tableau à la page 23

⁸⁰ SUDRES, Jean-Luc.- *L'adolescent en art-thérapie*. Paris : Dunod, 1998 p.39

⁸¹ Déf. « Thérapie » in : ROBERT, Paul.- *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993

ou d'autres activités. Mais toutes répondent aussi à d'autres fonctions, comme le rétablissement d'une communication paritaire avec le patient. En effet, par leur non appartenance au corps médical et aux équipes soignantes, les professionnels de l'action socioculturelle nouent une relation différente avec le patient. Ce dernier peut donc davantage se livrer auprès de ces professionnels auxquels il n'est pas obligé de recourir. Ceux-ci ont donc un rôle important à jouer afin de permettre aux patients de s'exprimer, de leur redonner du pouvoir, de relayer leurs ressentis aux soignants, de recréer une appartenance culturelle permettant de prévenir des comportements d'isolement.

Bref, malgré les différences, un objectif permet à tous les intervenants paramédicaux de se réunir : l'autonomisation du patient tandis que l'action socioculturelle, pour sa part, se réunit autour d'une méthode : une approche intégrant la culture du patient et destinée à lui permettre, par ce biais, de s'ouvrir à lui-même, et aux autres.



5.4. Collectes de données sur le champ de l'action socioculturelle

5.4.1. Introduction

En mettant en parallèle les différentes données liées aux professions de l'action socioculturelle, il s'agit d'en dresser un rapide portrait et de tisser des liens entre elles. De même, le recoupement des différentes données permet de mieux comprendre certaines différences d'intervention et de mieux comprendre en quoi certaines interventions sont complémentaires. Enfin, au travers des différents constats effectués, il est intéressant de relever les différences d'intégration des professions de l'action socioculturelle au sein des structures hospitalières.

5.4.2. Services dans lesquels interviennent les différents acteurs

	ASC	Spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute)	Art-thérapeute	Musicothérapeute	Enseignant	Aumônier	Interprète	Educ.
Psychiatrie	x	x	x	x	x		x	
Orthopédie							x	
Chirurgie						x	x	
Neurolinguistique			x				x	
Pédiatrie	x	x		x	x		x	
Médecine générale							x	
Obstétrique							x	
Gynécologie							x	
Psychothérapie				x			x	
Gériatrie	x	x		x		x		
Psychogériatrie	x							
Neurochirurgie	x							
Neurologie			x					
Psychosomatique			x	x				
Oncologie				x				
Cardiologie				x				
Néonatalogie				x				
Pédagogie curative				x				
Pédopsychiatrie					x			x
Soins aigus						x		

Soins intensifs						x		
Soins palliatifs						x		
Médecine légère						x		
Réadaptation / réhabilitation	x	x	x	x		x	x	

5.4.3. Durée d'une intervention

	ASC	Spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute)	Art-thérapeute	Musico- thérapeute	Enseignant	Aumônier	Interprète	Educ.
Minimum 15 minutes					x			
Minimum 30 minutes			x	x				
Entre 20 et 45 minutes						x		
Entre 30 minutes et 1h30							x	
Maximum 1 heure				x				
De 1 heure à 1h30					x			
Lors d'ateliers, 1h30								x
1/ 2 journée	x							
Toute la journée								x
Non précisé		x						

5.4.4. Type de prise en charge

	ASC	Spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute)	Art-thérapeute ⁸²	Musicothérapeute	Enseignant ⁸³	Aumônier	Interprète	Educ.
Court terme	x	x	x			x	x	
Long terme	x	x	x	x	x	x	x	x
Individualisée	x	x	x	x	x	x	x	x
Collective	x	x	x		x	x		x
Sur les patients	x	x	x	x	x	x	x	x
Sur les visiteurs (familles, proches...)		x				x		x
Sur le personnel hospitalier	x	x				x	x	x
Sur l'institution	x	x		x				
Sur l'extérieur		x					x	
Temps partiel	x	x	x	x	x	x		x
Temps plein								x
Sur appel							x	

⁸² L'intervention réalisée à court terme demeure néanmoins marginale.

⁸³ Lors d'apprentissages communs à effectuer, il arrive que l'intervention ait lieu sous forme de petits groupes.

5.4.5. Lieux d'intervention

	ASC	Spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute) ⁸⁴	Art-thérapeute ⁸⁵	Musicothérapeute ⁸⁶	Enseignant ⁸⁷	Aumônier ⁸⁸	Interprète	Educ.
Salle aménagée exprès pour	x	x	x	x	x	x		x
Chambres	x	x	x	x	x	x	x	x
Etages	x	x	x			x		
Couloirs	x					x		
Petits salons						x	x	
Salle de jeux								x
Salle de bains								x
Cuisine & réfectoire								x
Chapelle						x		
Pièces neutres						x		
Extérieur	x		x		x		x	x
A domicile			x		x	x		

⁸⁴ Par l'intermédiaire de chariots, ou l'aménagement de coins lecture sur chaque étage, il est désormais possible d'intervenir dans les couloirs et même jusque dans les chambres

⁸⁵ Une intervention à domicile demeure néanmoins plutôt marginale à en croire la personne interrogée.

⁸⁶ L'intervention en chambre est surtout liée aux situations de fin de vie

⁸⁷ Dans le cas présent, les interventions à l'extérieur concernent des salles de classes présentes à proximité de la structure hospitalière

⁸⁸ L'intervention à domicile demeure une exception jusqu'à aujourd'hui.

5.4.6. Conditions d'intervention

	ASC ⁸⁹	Spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute)	Art-thérapeute	Musico-thérapeute	Enseignant	Aumônier	Interprète ⁹⁰	Educ.
Sur ordonnance du médecin	x	x	x	x	x			x
Sur demande du médecin			x					x
Sur demande des équipes de soins	x			x		x	x	
Sur demande des patients	x	x		x	x	x	x	
Sur demande des proches					x	x		x
Sur demande de l'institution scolaire habituelle du patient					x			
Sur demande des services sociaux								x
Suite à une observation du professionnel concerné				x		x		

⁸⁹ L'intervention résultant d'une ordonnance du médecin est plutôt rare comme le confirme le second entretien réalisé auprès de l'animateur socioculturel de la clinique Ste-Claire

⁹⁰ Les patients qui recourent généralement à l'aide d'un interprète détiennent des permis L ou B

5.4.7. Employeurs des professionnels rencontrés

	ASC	Spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute)	Art-thérapeute	Musicothérapeute	Enseignant	Aumônier	Interprète	Educ.
Centre hospitalier	x	x	x	x		x	x	x
Association Pro Senectute	x							
Associations d'interprètes (AVIC & Appartenances)							x	
Office de l'enseignement spécialisé du canton					x			

5.5. Perspectives de développements futurs

5.5.1. Introduction

Après la mise en parallèle des défis relevés par les professionnels du champ de l'action socioculturelle identifiés ci-dessus, et l'analyse des données contenues dans les différents tableaux, je relève six thèmes liés au développement de l'action socioculturelle en milieu hospitalier : la valorisation de sa pratique, la collaboration avec les autres acteurs de la structure, la définition ou redéfinition de l'intervention, le développement d'une intervention se rendant encore davantage auprès du patient et de ses proches et enfin l'amélioration du rôle qu'elle joue dans la structure.

5.5.2. Vers une meilleure reconnaissance des professions socioculturelles⁹¹

Le premier thème, et sans doute le plus évoqué, est celui de la valorisation de la pratique des acteurs de l'action socioculturelle. En effet, il semblerait que pouvoir se défendre et être reconnu comme une intervention nécessaire en milieu hospitalier soit le cheval de bataille de plusieurs professionnels de l'action socioculturelle. Mais si tous en font mention, les besoins sont parfois différents. Pour les interprètes médiateurs culturels par exemple, il s'agirait déjà de bénéficier d'une meilleure rémunération et peut-être d'être engagés directement par les structures hospitalières, tandis que pour l'art-thérapeute il s'agirait de faire reconnaître son intervention par les caisses maladie, et que pour d'autres encore il faudrait étendre leur intervention à d'autres services ou d'autres pathologies. Mais nombreux sont ceux qui relèvent que ce n'est qu'une fois les différentes interventions mieux promues et mieux connues que les services auxquels appartiennent les professions de l'action socioculturelle pourront se développer. De même, pour beaucoup de professionnels, avec davantage de moyens, il serait possible d'augmenter les prestations et d'ainsi révéler vraiment tous les apports de leur intervention.

Actuellement, la situation semble un peu inscrite dans un cercle vicieux : le manque de moyens limite les prestations, lesquelles réduisent la visibilité des actions entreprises, ce qui va inévitablement limiter les moyens investis. Afin de sortir de cette situation, les professionnels proposent donc, à l'avenir, d'améliorer la communication à l'interne et à l'externe afin de clarifier la mission à laquelle répond leur intervention, et de faire mieux connaître les prestations qu'ils offrent. Dans leurs attentes pour le futur, nombre d'entre eux pensent également que leur profession devrait être mieux connue du grand public. L'enseignant semble notamment vouloir casser les stéréotypes qui existeraient sur la profession et changer le regard que la société, et plus particulièrement les acteurs de l'enseignement et des soins, portent sur le patient. Pour le musicothérapeute notamment, il faut pouvoir prouver les bienfaits de son intervention d'un point de vue scientifique ou biologique. De plus, il faut être en mesure de réaliser des retours plus précis sur les interventions réalisées. Enfin, l'animateur socioculturel relève qu'il pourrait être intéressant, de connaître déjà la manière dont les professionnels de l'action socioculturelle sont perçus à l'interne, par les équipes de soins.

5.5.3. Vers une intensification des échanges avec les autres acteurs de la structure

Souvent, les conducteurs de l'action socioculturelle pourraient presque sembler extérieurs à la structure hospitalière, ce qui est d'ailleurs le cas des interprètes qui interviennent sur appel. En effet, comme le souligne une réflexion de l'animateur socioculturel interrogé, certains professionnels de l'action socioculturelle sont des sortes d'« électrons libres ».

⁹¹ Cette évolution ne semble pas propre qu'au champ socioculturel mais plutôt être commune à celui des professions paramédicales.

Souvent, leur lieu d'intervention est hors du service de soin, au rez-de-chaussée ou au sous-sol, ou dans un endroit retiré d'un point de vue architectural.

A l'image des interprètes médiateurs culturels, nombreux sont les professionnels de l'action socioculturelle qui souhaiteraient se rapprocher des soignants, améliorer la collaboration avec les équipes de soins et pouvoir davantage échanger sur les perceptions du patient, et la manière d'envisager l'intervention.

En effet, une meilleure connaissance des uns et des autres faciliterait sans doute grandement la prise en charge et permettrait une meilleure circulation des informations entre acteurs du processus de soin. Faute de collègues, car souvent ces professionnels travaillent seuls, une telle démarche leur permettrait de bénéficier d'un retour, d'un regard extérieur sur leur pratique. De plus, la création de davantage d'interactions avec les soignants permettrait aussi de nourrir des réflexions sociales que l'hôpital se doit désormais de prendre en compte puisque notre société et, avec elle, des notions comme l'identité, l'appartenance ou encore les rapports entre générations évoluent et que tous ces éléments influent sur la santé physique et mentale du patient.

Par conséquent, même si l'action socioculturelle n'est pas apte à juger de problèmes physiques, elle occupe une place centrale en se mettant à l'écoute du patient et de ses préoccupations et elle est donc en mesure d'offrir un feedback de qualité sur son comportement. Une meilleure participation aux colloques d'équipes est donc une approche à privilégier pour les acteurs de l'action socioculturelle. Mais, pour que cette dernière soit vraiment efficace, il est essentiel que chacun fasse preuve d'ouverture et de souplesse par rapport aux suggestions, remarques, propositions effectuées par les autres professionnels, plutôt que de se sentir menacé dans son champ de compétences et dans son statut. Un enjeu majeur se cache donc derrière cette collaboration entre acteurs de soins dont dépendent le suivi individualisé du patient et les signalements de changements de son comportement.

5.5.4. L'action socioculturelle : un espace de rencontres commun

Un enjeu pour plusieurs professions de l'action socioculturelle est d'exister comme lieu clef de l'établissement hospitalier, lieu d'interactions sociales où les gens se retrouvent hors de leurs fonctions à proprement parler pour se laisser gagner par la relation. Il s'agit ici de casser les barrières liées au statut et de se retrouver avant tout pour une activité commune, un moment de partage, que l'on soit soignant, médecin, femme de ménage, employé de cuisine, visiteur ou encore patient.

Bien que sans doute un peu utopique, cette conception de l'action socioculturelle permettrait de décroiser les différents services et unités de soins en offrant un espace de rencontres et d'échanges aux différents intervenants de la structure hospitalière. De plus, il s'agirait d'introduire par ce biais de l'humain dans du soin afin que l'approche médicale ne régle plus uniquement la vie des patients, bien qu'elle reste une priorité à l'hôpital, contrairement aux établissements médico-sociaux.

Enfin, un second point relevé par les professionnels de l'action socioculturelle fait aussi mention de l'amélioration de la relation aux patients et aux proches, en allant davantage à leur rencontre. Avec une population qui devient, notamment en gériatrie, de plus en plus dépendante, il semble important désormais de pouvoir aller davantage à sa rencontre, dans les couloirs, dans les étages, et dans les chambres. Témoignant de cette évolution, l'intervention des spécialistes en information documentaire recourt désormais à l'utilisation de chariots destinés à amener des livres jusque dans les étages, les chambres des patients.

5.5.5. L'action socioculturelle : des professions en mutation

Bien que les changements à apporter varient selon les métiers, de nombreux professionnels de l'action socioculturelle semblent avoir ce souci commun de définir et de redéfinir leur pratique. Pour les interprètes médiateurs culturels, cela passe déjà par la définition d'une base théorique commune et une meilleure définition de leur mode d'engagement. L'art-

thérapeute fait pour sa part mention de la prise en charge, tout comme l'animateur socioculturel. Il s'accorde également avec l'enseignant en considérant que des améliorations doivent être réalisées au niveau de la formation. Enfin, l'extension de l'intervention à de nouveaux publics comme les gens en attente ou des catégories d'âges encore peu touchées fait également partie des priorités communes.

6. La méthode de recueil de données

6.1. Les hypothèses

Hypothèse 0 : L'action socioculturelle en milieu hospitalier, et l'animation socioculturelle en particulier, n'est pas suffisamment valorisée

Hypothèse 1 : L'action socioculturelle en milieu hospitalier n'existe pas au niveau de la définition de la profession d'animateur socioculturel

- Hypothèse 1.1 : La formation n'aborde pas l'animation socioculturelle en milieu hospitalier.
- Hypothèse 1.2 : La définition de la profession au niveau romand ne prend pas en compte les spécificités que rencontre l'animation socioculturelle en milieu hospitalier.
- Hypothèse 1.3 : Les animateurs œuvrant en milieu hospitalier ne sont pas représentés au sein des associations d'animateurs socioculturels.

Hypothèse 2 : L'action socioculturelle n'est pas comprise par les autres acteurs du monde hospitalier

- Hypothèse 2.1 : Les conducteurs de l'action socioculturelle et les autres acteurs du monde hospitalier ont des pratiques différentes.
 - 2.1.1 en terme de sens qu'ils donnent à leurs actions
 - 2.1.2 en terme de traçabilité de ses actions
 - 2.1.3 en termes de modes de collaborations et de communication
 - 2.1.4 en terme d'importance des tâches administratives
 - 2.1.5 en terme de contraintes dues au rendement demandé par les instances dirigeantes, qu'il s'agisse des politiques ou des cadres administratifs qui relaient leurs décisions.
- Hypothèse 2.2 : Les conducteurs de l'action socioculturelle et le corps médical ont une vision différente du patient.
 - 2.2.1 en terme de soins à apporter vu qu'ils sont spécialisés dans des domaines différents d'intervention sur le patient
 - 2.2.2 en terme de distance qu'a pris, avec le patient, le corps médical qui détient le pouvoir décisionnel
 - 2.2.3 en terme de compétences relationnelles, vu que les nouvelles formations médicales d'aides soignants et d'assistants en soins sont plus courtes.

- Hypothèse 2.3 : L'action socioculturelle ne s'inscrit pas dans la mouvance politique actuelle
 - 2.3.1 en terme de vente de sa mission, de son utilité, de son apport dans la qualité de la prise en charge du patient
 - 2.3.2 en terme de rendement, de retour sur investissement car ses apports sont difficilement chiffrables
- Hypothèse 2.4 : L'action socioculturelle n'est administrativement ni définie ni argumentée
 - 2.4.1 en termes d'attentes de la part des politiques et des autres pouvoirs décisionnels
 - 2.4.2 en terme de définition du cadre dans lequel l'action socioculturelle est censée oeuvrer : mission, objectifs, cahiers des charges, organigramme, budget, moyens, personnel à employer
- Hypothèse 2.5 : L'action socioculturelle manque de possibilités de communication avec les autres acteurs de la structure hospitalière et ne communique pas ou peu vers l'extérieur.
 - 2.5.1 : Il n'y a pas de lieux (espace/temps) d'échanges permettant la communication
 - 2.5.2 : Chaque secteur, chaque unité de soins est cloisonné et n'a que peu de contacts formels avec les autres secteurs, unités de l'établissement.
 - 2.5.3 : Les colloques auxquels l'animation prend part sont uniquement destinés à parler des patients et nullement des pratiques de chacun

6.2. Le recueil des données

Afin de recueillir les différentes données liées à la vérification de mes hypothèses, j'ai réalisé plusieurs entretiens avec des professionnels liés soit à l'animation socioculturelle soit aux équipes de soins. De février à août 2009, j'ai interrogé différents professionnels en lien avec l'animation socioculturelle sur des questions ciblées liées à la formation, aux associations d'animateurs socioculturels ou encore au référentiel de compétences. Tous ces professionnels m'ont donc permis de recueillir des informations liées à la première hypothèse de mon travail.

Dans un deuxième temps, j'ai également enregistré, à la clinique Ste-Claire, neuf entretiens semi-directifs, d'une durée de 45 à 90 minutes, de mai à juillet 2009. Ceux-ci étaient réalisés auprès de l'animatrice socioculturelle en place dans l'institution, et auprès de huit membres des unités de soins. En août et en septembre 2009, j'ai retranscrit puis analysé les différents entretiens réalisés afin de mieux comprendre les relations entre soins et animations et vérifier ainsi la seconde hypothèse de mon travail de recherche. Pour réaliser mes entretiens et effectuer une analyse synthétique des données recueillies, j'ai pu m'appuyer sur le manuel de recherche en sciences sociales de Quivy Raymond et Van Campenhoudt Luc⁹².

6.3. L'échantillon

Les personnes interrogées dans le cadre de la recherche sur la perception du champ hospitalier par l'animation socioculturelle se composaient des personnes suivantes : un responsable de la formation des animateurs socioculturels à la HES-SO, le coordinateur du

⁹² QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc.- *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995 p. 194-205

secteur A de l'AVALTS, la présidente de Viva Anima, un membre du comité de la plateforme romande de l'animation socioculturelle et enfin la coordinatrice de la plateforme romande de l'animation. Enfin, pour compléter certains propos, j'ai également consulté le site de la plateforme romande de l'animation : www.anim.ch.

Les personnes interrogées à la clinique Ste-Claire étaient toutes des femmes bénéficiant déjà de plusieurs années de pratiques en milieu hospitalier. Toutes avaient déjà été sensibilisées à l'animation lors de formations complémentaires ou lors d'expériences préalables en établissements médico-sociaux ce qui permit d'avoir des échanges très riches. Enfin, parmi les professionnels rencontrés, les niveaux de formation et les fonctions étaient très hétéroclites afin de constater d'éventuelles différences de perceptions. En résumé, ont participé à l'étude, outre l'animatrice socioculturelle de la clinique, les personnes suivantes : une infirmière chef de service, deux infirmières chefs d'unités, deux infirmières dont une clinicienne, deux assistantes en soins dont une en psychogériatrie, et enfin une aide soignante en cours de formation d'assistante en soin.

6.4. Les outils de recherche

Afin de mener à bien mes séries d'entretiens, j'ai réalisé deux grilles distinctes : l'une destinée aux professionnels de l'action socioculturelle sur leur perception du champ hospitalier et l'autre destinée aux professionnels de la santé, avec parfois quelques variations selon les formations afin de vérifier certaines sous-hypothèses. Enfin, dans le cas de l'animatrice socioculturelle de la clinique, j'ai dû adapter la grille réalisée pour les soins. En ce qui concerne la grille soumise aux professionnels de l'animation socioculturelle, elle comportait quelques questions ciblées destinées à déterminer les contenus abordés par la formation et les associations d'animateurs socioculturels. De même, il était aussi question de pouvoir mieux apprécier le taux de représentation, dans les différentes associations, des animateurs socioculturels issus de milieux hospitaliers. Enfin, au travers de ces entretiens, il s'agissait aussi d'interroger les différents professionnels sur leurs perceptions liées au développement de ce champ.

Dans le cas des entretiens réalisés à la clinique Ste-Claire, les questions étaient d'ordre plus général afin de permettre aux professionnels d'évoquer aussi d'autres contenus et de bénéficier d'une marge de manœuvre quant au contenu abordé. Les questions étaient donc liées à six grandes thématiques abordées avec chaque professionnel : la définition de sa pratique afin de mieux comprendre le quotidien du professionnel, les enjeux et défis qu'il identifiait liés à sa profession, l'éventuel poids du contrôle institutionnel, la collaboration entre l'animation et les soins, la forme et les contenus de communication avec les autres acteurs de la structure et enfin les perceptions que les soins se faisaient de l'animation socioculturelle en terme de sens de l'intervention et de contenus communiqués.

7. Le regard des animateurs sur le champ hospitalier

7.1. *La prise en compte du champ hospitalier dans la formation*

7.1.1. La formation à l'heure actuelle

Tout d'abord, il paraît important de préciser que la formation de base des animateurs socioculturels est dispensée par la HES-SO pour l'ensemble de la Suisse romande et qu'elle peut être suivie sur une période de trois ans ou, en cours d'emploi, sur une période de quatre ans auprès des sites de la HES-SO Valais, de l'EESP de Lausanne, ou de l'IES de Genève. La formation se veut être une formation générique, axée en priorité sur l'acquisition de compétences métiers.

En première année, où les animateurs socioculturels partagent un tronc commun avec leurs collègues éducateurs et assistants sociaux, le champ hospitalier est brièvement présenté à l'occasion d'une demi-journée de cours. Cette présentation s'insère dans un cours destiné à présenter les différents champs du métier.

Ensuite, lors de la seconde moitié de la formation, l'existence de cours à option et la mise sur pied de modules spécifiques offre la possibilité aux étudiants intéressés de se spécialiser. Selon le responsable de la formation interrogé, c'est d'ailleurs durant cette seconde partie de formation que les étudiants peuvent se former à des thématiques propres au champ hospitalier. En effet, des modules sont notamment dispensés en lien avec la personne âgée, le handicap, les addictions et dépendances. De plus, le travail de mémoire offre également la possibilité aux étudiants intéressés d'approfondir leurs connaissances liées aux interventions en milieu hospitalier.

A l'avenir, des stages en lien avec ce milieu et, plus précisément, la gériatrie devraient également voir le jour. De plus, l'école continue de démarcher auprès d'institutions et d'associations en lien avec la psychiatrie adulte, d'où bientôt de nouvelles possibilités de stages pour les étudiants intéressés.

Enfin, outre la formation de base, il est possible de suivre une formation continue liée aux publics, aux pathologies ou encore à des modes d'intervention spécifiques comme l'art-thérapie pour laquelle la réalisation d'un post-grade⁹³ de deux ans est nécessaire et peut être réalisé sur le site de Lausanne. En effet, peu de formations continues sont par exemple pilotées par la HEVS, les sites de Genève et surtout celui de Lausanne offrant davantage de possibilités en termes de post-grades à effectuer.

Bref, bien que pour le responsable de formation rencontré, aucun module de la formation obligatoire ne traite du champ hospitalier, la seconde partie de formation contenant des modules à choix et aussi la formation continue, inévitable dans le domaine social, offrent des possibilités multiples afin de bénéficier d'apports pertinents en fonction du lieu de travail et de la population à prendre en charge. Par conséquent, la formation de base offre, selon lui, les outils nécessaires à une intervention en milieu hospitalier selon le responsable de la formation. Cet avis est d'ailleurs partagé par l'animatrice de Ste-Claire qui destine avant tout la formation à créer des généralistes de l'animation socioculturelle : « Après, c'est à nous d'aller chercher les outils spécifiques en fonction de la population que tu as. » Néanmoins, pour le responsable de formation, il est vrai que six mois de plus destinés à la spécialisation des travailleurs sociaux par orientation seraient les bienvenus. De son côté, l'animatrice socioculturelle de Ste-Claire relève l'importance d'une formation à la communication au sein de la formation de base et la nécessité de bénéficier d'outils d'analyses afin de « voir un peu les tenants, les aboutissants » liés à l'environnement de travail.

⁹³ Voir le site de l'EESP de Lausanne <http://www.eesp.ch/ufc/offres/formations-longues.html>

7.1.2. Projets de développement menés par l'école liés à l'animation socioculturelle

Actuellement, un des grands projets de l'école lié à l'animation socioculturelle passe par la promotion du métier dans différents champs, dont le champ hospitalier. A travers le développement d'une telle action, l'école espère notamment démarcher pour de nouvelles places de stages destinées à ses étudiants et également mieux faire connaître le métier. Cette action a d'ailleurs lieu de concert avec un projet du secteur A de l'AVALTS qui a notamment réalisé la promotion du métier auprès des organismes employeurs et du grand public durant le mois d'octobre 2009 au travers de l'organisation de plusieurs journées de l'animation socioculturelle durant lesquelles il était possible de visiter plusieurs institutions employant des animateurs socioculturels.

Par contre, aucun projet avec la filière santé n'est en cours actuellement, principalement à cause d'un manque de temps. Seule la recherche demeure commune aux deux filières au sein de l'institut santé social (ISS). Sinon, aucun rapprochement n'est réalisé par les étudiants. La présence des deux filières sur des sites différents rend sans doute plus difficile la possibilité d'opérer des rapprochements pour des modules ou des cours communs. Pour le responsable de formation, même s'il arrive encore que des professeurs collaborent entre eux à titre informel, il semble difficile d'opérer un tel rapprochement, compte tenu du temps à disposition et des contenus à aborder. Mais, dans l'idéal, un tel rapprochement permettrait de mieux se comprendre et de s'enrichir de la vision de l'autre. Travailler en pluridisciplinarité avec des futurs soignants serait une expérience enrichissante qui serait sans doute très profitable aux étudiants.

7.1.3. Synthèse de la présence du champ hospitalier dans la formation

La formation d'animateur socioculturel réalisable sur trois ans est une formation générique et donc n'intègre pas spécifiquement le champ hospitalier. Néanmoins, dans la seconde moitié de la formation de base, des modules spécifiques à choix et la réalisation d'un travail de mémoire de fin d'étude permettent aux étudiants intéressés d'approcher le champ hospitalier. De plus, plusieurs formations post-grade liées à ce champ peuvent être réalisées auprès de la HES-SO et notamment de son site de Lausanne. Enfin, la HES-SO Valais s'engage actuellement à promouvoir le métier d'animateur socioculturel et réalise également plusieurs démarchages afin de bénéficier de stages réalisables dans ce champ d'intervention à l'avenir. Par conséquent, le champ hospitalier semble donc relativement bien pris en compte dans la formation même si cela demande à se confirmer par la possibilité pour les étudiants de réaliser des stages dans ce domaine d'intervention.

7.2. La prise en compte du champ hospitalier au sein des associations de professionnels

7.2.1. L'exemple du secteur A en Valais

En Valais, 68 animateurs socioculturels ont été formés par le CFPS et la HES-SO Valais de 1994 à 2007. Dans le secteur A de l'AVALTS, une majorité d'animateurs est issue de centres de loisirs qui représentent 21 postes en Valais romand, dont bien sûr des gens formés dans d'autres cantons, et des gens non formés ne pouvant faire partie de l'association.

Les centres de loisirs et culture représentent donc des employeurs importants. Dans le Valais romand, le coordinateur du secteur A de l'AVALTS ne connaît que trois⁹⁴ professionnels oeuvrant en milieu hospitalier, dont deux en gériatrie qui font partie de

⁹⁴ Il est utile de préciser que la cotisation de l'AVALTS est de deux cents francs ce qui explique peut-être aussi une participation modérée des animateurs socioculturels au sein de l'AVALTS. Le secteur A, par contre, est un organisme juridiquement non défini et le coordinateur du secteur A pour l'AVALTS n'oblige donc pas ses membres à payer la cotisation de l'AVALTS.

l'AVALTS. Parmi ces trois personnes, une seule fait partie du secteur A, donc l'investissement des animateurs socioculturels en milieu hospitalier au sein de l'association demeure limité pour l'instant. Cependant, le secteur A a pour projet d'ouvrir ses activités aux autres champs afin de réaliser, en Valais, une promotion commune du métier. Les journées de l'animation socioculturelle ayant eu lieu du 17 au 31 octobre 2009 et organisées par le secteur A, ont donc concerné plusieurs champs de l'animation socioculturelle. De même, une vidéo sur les différents champs de l'animation socioculturelle publiée dans le cadre de la foire du Valais a également permis de promouvoir les spécificités du métier.

Néanmoins, il est intéressant de relever que du point de vue du secteur A, tout comme de celui du responsable de formation interrogé précédemment, le champ hospitalier fait partie du champ d'intervention socio-psycho-thérapeutique qui regroupe également les établissements médico-sociaux. Bref, apparemment, aucune distinction n'est donc faite entre le milieu médical et le milieu médico-social qui sont considérés comme une même forme d'intervention et qui connaissent donc une promotion non différenciée.

Enfin, l'AVALTS réalise trois à quatre fois par année des rencontres qui donnent lieu, par la suite, à la constitution de groupes de travail qui oeuvrent sur des thématiques spécifiques. Généralement, les groupes ainsi constitués se réunissent une fois par mois. En ce qui concerne l'animation socioculturelle, le groupe le plus actif travaille justement sur la promotion du métier, déjà maintes fois évoquées ci-dessus. Enfin, en ce qui concerne les interventions et les conférences mises sur pied, ces dernières se réalisent en fonction des besoins des membres et des demandes formulées. Par conséquent, vu que les animateurs socioculturels oeuvrant en milieu hospitalier sont en petit nombre au sein du secteur A, peu de questionnements liés à ce champ émergent. Mais, en théorie, les thématiques des conférences pourraient être autant variées que les pratiques de la profession et traiter de toutes sortes de préoccupations des professionnels : recherche de fonds, violence, implication des politiques...

7.2.2. L'exemple de Viva Anima

Mon intérêt pour Viva Anima provient du fait que le coordinateur du secteur A avait émis l'hypothèse que les animateurs socioculturels oeuvrant en milieu hospitalier devaient davantage se reconnaître au travers de Viva Anima qui rassemble de nombreux animateurs d'EMS. A titre d'exemple, l'animatrice socioculturelle de Ste-Claire reconnaissait appartenir à Viva Anima lors de notre entretien, se sentant apparemment plus proche de cette association que du secteur A. Cependant, une fois ces éléments recueillis, j'appris, suite à un entretien téléphonique avec la présidente de l'association que le nombre d'animateurs socioculturels appartenant à l'association et oeuvrant en milieu hospitalier demeure faible. En effet, sur trente-cinq EMS représentés parfois par plusieurs animateurs, seuls deux centres hospitaliers sont représentés au sein de l'association par deux animatrices socioculturelles.

En dehors d'une assemblée générale par année, Viva Anima réalise environ quatre réunions par année afin de traiter de thématiques diverses : des pathologies comme l'Alzheimer, des interventions comme la zoothérapie et enfin des activités comme des bricolages. Enfin, il est intéressant de relever ici que des discussions liées aux pathologies ou aux diverses formes d'intervention, ou encore dans une moindre mesure aux activités peuvent être d'un certain intérêt pour des animateurs socioculturels oeuvrant en milieu hospitalier.

7.2.3. L'exemple de la plateforme romande de l'animation

Au niveau romand, depuis la création d'anim.ch en 2003, des rencontres ont lieu une fois par année. Le reste de l'année est animé par la mise sur pied de nombreuses conférences. Sur le site, des forums par thématiques permettent d'ailleurs de retrouver de courtes synthèses de toutes les conférences ayant eu lieu jusqu'à aujourd'hui.

Une grande préoccupation de la plateforme romande concerne également la prise en charge de notre population vieillissante. Nombreux sont les sujets abordés par les animateurs de la plateforme qui sont liés à la prise en charge de la personne âgée, ou à l'intervention de professionnels dans un cadre gériatrique. Depuis 2006, cet intérêt a débouché sur

l'organisation annuelle d'une journée romande des animateurs auprès des personnes âgées. Cependant, là aussi, les animateurs en milieu hospitalier se fondent dans la masse des animateurs en EMS à laquelle ils semblent d'ailleurs s'identifier, comme en témoigne la remarque de l'animatrice socioculturelle de Ste-Claire « je suis allée à ces journées de la plateforme où c'était spécifique pour la personne âgée et, je trouve ça très intéressant ».

En général, durant cette journée, les interventions sont portées par des animateurs qui viennent y partager leur expérience. Comme le précise d'ailleurs le membre du comité de la plateforme interrogé, celle-ci fonctionne de façon autonome, chacun proposant et organisant ce qu'il souhaite être traité. La plateforme et son comité s'occupent principalement de la coordination des différents projets et de l'organisation des journées romandes de l'animation socioculturelle.

En visitant ce site de la plateforme romande, il est possible de consulter le détail de ces journées et de connaître notamment le programme des dernières journées de la plateforme organisées en mai 2009 à Tramelan. A cette occasion, une présentation de l'animation en gériatrie avait été réalisée et un atelier sur le même sujet avait permis aux animateurs intéressés d'approfondir la thématique. Enfin, lors des journées précédentes, et notamment celle de Renens en 2007, il avait été question de la promotion de la santé, de la charte d'Ottawa et d'activités spécifiques liées aux personnes âgées ainsi qu'aux sourds et aux aveugles. Parmi les autres contenus évoqués, il faut également relever à de nombreuses reprises des sujets et thématiques liés à la jeunesse, la formation et l'évolution du métier. Enfin, il est intéressant de noter qu'il existe une association en gériatrie interjurassienne (AGI) et qu'apparemment les animateurs oeuvrant en milieu hospitalier semble plus volontiers se rapprocher d'associations liées aux publics avec lesquels ils interviennent, donc dans le cas d'un bon nombre d'animateurs socioculturels en milieu hospitalier, d'associations de gériatrie ou de gérontologie dont voici quelques noms : ADAGE (association genevoise des animateurs en gérontologie), FEGEMS (Fédération genevoise des EMS), AGASPA (Association genevoise d'animateurs socioculturels auprès des personnes âgées), GPPG (groupement des praticiens en psychogériatrie du canton de Vaud). En résumé, il est intéressant de constater que le public des personnes âgées semble être au centre des préoccupations de la plateforme, ce qui correspond sans doute aux attentes d'une partie des animateurs socioculturels oeuvrant en milieu hospitalier. Enfin, il est intéressant de constater que l'arrivée prochaine des assistants socioéducatifs (ASE) questionne les animateurs socioculturels sur leur rôle et leur appartenance à une logique sociale ou médicale.

7.2.4. Synthèse de la présence du champ hospitalier au sein des associations

Les animateurs socioculturels issus du champ hospitalier représentent un petit pourcentage au sein des différentes associations étudiées. Néanmoins, il est nécessaire de nuancer cette donnée compte tenu du peu de professionnels de l'animation socioculturelle oeuvrant dans ce milieu à l'heure actuelle. En effet, la présence d'animateurs socioculturels en milieu clinique est encore en cours de développement. Le domaine est d'ailleurs considéré comme un champ émergent par nombre de professionnels. D'autre part, il semblerait que les animateurs socioculturels issus de milieux hospitaliers se reconnaissent dans des associations liées au public des personnes âgées, comme c'est le cas de Viva Anima, ou des rencontres liées à la personne âgée organisées par la plateforme romande de l'animation. Cette observation met en lumière un engagement apparemment conséquent des animateurs au sein de services de gériatrie, par rapport à d'autres services liés à d'autres publics, comme la pédiatrie.

7.3. *Le champ hospitalier, une intervention aux contours clairement définis*

7.3.1. Le champ hospitalier, partie intégrante du référentiel de compétences ?

La définition romande de l'animation socioculturelle passe par la mise sur pied d'un référentiel de compétences qui est le fruit d'une collaboration sans précédent finalisée en 2001. Construit afin de répondre à un réel besoin de la part de la HES qui voulait une définition plus précise de la profession, des professionnels de tous les milieux y ont participé. De plus, dans sa version originale, le document est très détaillé, comprenant une multitude de sous-points. Selon le responsable de la formation interrogé, le référentiel est très complet et le champ hospitalier doit pouvoir s'y reconnaître. Il appuie son point de vue en évoquant le fait que ce référentiel a permis par la suite la constitution du référentiel des éducateurs et des assistants sociaux, ajoutant qu'il s'est fait en collaboration avec les acteurs sur le terrain, les écoles et les associations de professionnels. Une multitude de partenaires ont donc contribué à sa constitution afin de réaliser un document générique capable de répondre à un maximum d'attentes.

En mettant en parallèle la description de l'animateur socioculturel interrogé dans la phase de recherche liée à l'action socioculturelle et les huit fonctions du référentiel romand de compétences⁹⁵, j'ai donc pu mieux appréhender les liens qui relient le champ hospitalier au référentiel de compétences. En effet, de nombreux objectifs auxquels répond l'animation socioculturelle en milieu hospitalier peuvent se retrouver dans les deuxième et troisième fonctions du référentiel de compétences à savoir : conception, organisation et accompagnement au montage de projets d'animation socioculturelle ainsi que médiation et régulation. Tout d'abord, l'animation socioculturelle en milieu hospitalier vise à mobiliser les ressources et compétences des individus afin de les valoriser par rapport à eux-mêmes et par rapport aux autres. En cela, elle répond déjà à l'objectif décliné sous la fonction 2 du référentiel de compétences : entrer dans une relation d'appui au plan technique et relationnel pour faciliter le développement de projets d'animation portés par les usagers. En effet, pour parvenir à mobiliser les patients, l'animateur socioculturel accueille leur ressenti. Il permet aussi à des individus connaissant des situations de vie similaires de se rencontrer afin qu'ils puissent échanger sur leurs souffrances. Ainsi, l'animateur socioculturel solidarise les individus les uns par rapport aux autres ; il crée et intensifie donc le tissu social qui unit les différents acteurs de l'institution, leur permettant de concevoir ensemble des projets. Enfin, il permet aux patients d'investir après leur hospitalisation, de se construire un avenir indépendamment des soins physiologiques prodigués. Peu à peu, le patient peut ainsi regagner en confiance et en autonomie et se préparer plus sereinement à un projet de retour à domicile ou de placement. De même, en occupant une fonction de médiation et régulation, l'animateur socioculturel peut faciliter à son niveau la résolution de problèmes rencontrés par les populations fréquentant les lieux d'animation. En milieu hospitalier, ceci peut se concrétiser par un soutien moral et l'aménagement du temps d'arrêt qu'offre l'hospitalisation afin de permettre au patient de se reconstruire. Ainsi, ce dernier peut petit à petit faire le deuil de son passé. Il peut partager son expérience, ses soucis avec ses pairs. De plus, l'animateur lui offre une écoute attentive afin de l'aider à se reconstruire, à se découvrir de nouvelles capacités, à accepter aussi certains changements par rapport à l'avant hospitalisation.

Enfin, les objectifs de l'animation socioculturelle en milieu hospitalier peuvent également se retrouver dans les fonctions 4,5 et 7 du référentiel de compétences, à savoir : gestion et organisation de son cadre de travail, communication interne, et enfin management des équipes de travail. En effet, l'animateur socioculturel peut concevoir, organiser et développer son cadre de fonctionnement à travers l'organisation d'activités régulières, planifiées, et réalisées dans des temps clairement définis. De la sorte, il veille à la conservation de rituels permettant de marquer les étapes du quotidien du patient ainsi que différentes étapes de sa

⁹⁵ Voir le référentiel de compétences présent en annexe et tiré de la plateforme romande de l'animation www.anim.ch

vie. De même, il peut par exemple le préparer à un retour à domicile, ou à un placement. Enfin, par sa présence, l'animateur socioculturel permet aussi l'existence d'une offre culturelle durant l'hospitalisation, cette dernière pouvant par exemple donner du sens au temps d'attente auquel est confronté le patient. En termes de communication interne, l'animateur socioculturel veille également à développer et à entretenir la communication et l'échange d'informations au sein de la structure hospitalière. Pour ce faire, il entre en relation avec les patients pour comprendre leur situation et leur permet de créer, conserver du lien avec leur entourage et l'environnement hospitalier. De même, il offre une présence, facilite les échanges entre les patients, et entre les patients et le personnel soignant. Ainsi, il permet la création de liens au sein même de l'institution. Enfin, en améliorant la solidarité existante entre les différents acteurs de la structure hospitalière, l'animateur socioculturel permet à chacun de mieux comprendre les préoccupations de chaque service et d'améliorer le fonctionnement général de l'institution. Il organise, anime, coordonne, dynamise les relations liées aux différents acteurs de l'institution en intensifiant le tissu social par la création et la dynamisation d'espaces de rencontres.

Par contre, trois fonctions semblent peu ressortir de l'entretien avec l'animateur socioculturel interrogé. En effet, l'analyse et l'identification de son environnement de travail, la communication externe et les évaluations des activités de travail, de développement personnel et professionnel ne correspondent pas à des activités évoquées par l'animateur. Cependant, ces fonctions n'étant pas en lien avec le patient mais plutôt avec l'intervention, il est tout à fait possible qu'elles aient été laissées de côté afin de se consacrer davantage à la relation entre le professionnel et le patient.

7.3.2. Synthèse des liens entre le champ hospitalier et le référentiel de compétences

Même s'il semblerait que le champ hospitalier réponde bien à toute une série de fonctions du référentiel de compétences, il semblerait que trois fonctions soient moins prisées par les animateurs oeuvrant en milieu hospitalier. En effet, aucun objectif évoqué par l'animatrice interrogée lors des entretiens exploratoires liés à l'action socioculturelle ne semble correspondre à l'analyse et l'identification de son environnement de travail, la communication externe et les évaluations des activités de travail. Ceci peut peut-être s'expliquer par la présence relativement nouvelle de l'animation dans un tel milieu et une intervention qui se veut avant tout focalisée sur le patient, comme nous le verrons plus tard.

7.3.3. Le champ hospitalier, vers quelle définition ?

Selon le responsable de la formation interrogé, l'application de l'animation socioculturelle rentre dans le champ d'intervention socio-psycho-thérapeutique qui comprend aussi les établissements médico-sociaux. L'animation socioculturelle vise à poursuivre deux buts principaux : aller questionner le patient sur ses envies, besoins et ressources et les relayer. L'intervention se veut donc tant mobilisatrice des ressources du patient, véritable base de travail, que représentative auprès du reste de l'équipe de ses envies et ressources. Selon la personne interrogée, l'animation socioculturelle se trouve donc être une charnière entre les soins et les autres intervenants liés au patient, ou au processus de soin.

A travers son intervention, l'animateur socioculturel se veut garant d'une vision globale du patient. Il ne se prétend pas spécialiste : ce n'est pas son rôle. A travers une vision horizontale, l'animateur peut percevoir les différents enjeux qui entourent le patient et faciliter une prise de distance, par rapport à l'intervention, de la part de toute l'équipe soignante.

7.3.4. Quelles perspectives pour ce champ en Valais ?

Selon le responsable de la formation interrogé, il y a environ 60 animateurs dans le Valais romand. Environ 3% d'entre eux doit travailler au sein des structures hospitalières. A ces 3%, il faut encore ajouter les animateurs travaillant dans des associations ou structures proches du milieu hospitalier. C'est le cas de l'AVEP à Monthey qui contribue à la réinsertion

de malades psychiques et du CAAD à Saxon. Pour sa part, l'animatrice en place à Ste-Claire relève que : « C'est une profession qui est relativement neuve en tout cas en Valais. Là, j'ai fait cette formation avec des gens qui venaient de Genève et du Jura. »

Selon le responsable de la formation interrogé, il y aurait de quoi doubler, voir tripler l'effectif actuel dévolu à ce secteur d'activités. Un réel besoin existe donc, et c'est la volonté de l'école que d'y répondre en démarchant des places pour ses étudiants.

8. L'animation socioculturelle valorisée en gériatrie : parlons d'un cas concret

8.1. *La clinique de gériatrie de Ste-Claire à Sierre*

Le RSV⁹⁶ comprend trois centres hospitaliers déterminés de façon géographique : le centre hospitalier du Chablais (CHC), le Spitalzentrum Oberwallis (SZO) et enfin le centre hospitalier du centre du Valais (CHCVS). Ce dernier regroupe les Hôpitaux de Martigny, Sion, Sierre, le Centre Valaisan de Pneumologie à Montana et la Clinique Sainte-Claire à Sierre, institution dans laquelle est réalisée mon étude de terrain.

La clinique de gériatrie de Ste-Claire assure la prise en charge et le traitement de l'ensemble des problèmes médicaux liés au vieillissement. Elle prodigue des soins aigus, chroniques et psychiatriques et emploie environ 92 collaborateurs à des taux d'activités divers, pour un total de 45 lits de gériatrie et 18 lits de psychogériatrie, dépendant des IPVR⁹⁷. Les horaires d'ouverture de la clinique permettent d'accueillir les visiteurs de 13h30 à 17h15, et de 18h30 à 20h00. Enfin, la clinique est aussi partie prenante de plusieurs démarches qualités. En effet, elle répond à la norme ISO 9001 : 2000, et est certifiée SQS. Enfin, elle fait également partie des lieux de santé libres de tabac et est labellisée fourchette verte.

A la clinique, la majorité des chambres sont doubles et possèdent un petit balcon. Il n'existe que deux chambres individuelles occupées pour des situations de fin de vie. Les chambres privées sont sur l'hôpital. En moyenne, la durée de séjour varie entre deux et quatre semaines. Par le passé, il y a plus de cinq ans, les durées d'hospitalisation étaient nettement plus longues. Un patient pouvait alors demeurer plus de quatre ans dans l'établissement. Désormais les périodes les plus longues sont de 100 jours. Lorsque l'hospitalisation touche à son terme, les patients sont alors soit redirigés vers le CMS, s'il y a retour à domicile, soit ils se retrouvent dirigés vers un EMS ou restent dans la structure dans l'attente d'un placement, de soins palliatifs ou d'une fin de vie.

Au niveau de l'organigramme, la direction médicale des services est assurée par un médecin chef de clinique et deux médecin assistants pour la gériatrie, et un médecin chef de clinique et un médecin assistant pour la psychogériatrie. La direction des soins infirmiers est assurée, quant à elle, par une infirmière cheffe de soins en collaboration (ICS) avec les infirmières cheffes d'unité (ICUS).

8.2. *L'animation socioculturelle à la clinique Ste-Claire*

La clinique de Ste-Claire emploie une animatrice socioculturelle à 60%. Cette dernière est rattachée au service médico-technique de l'hôpital de Sierre où se trouve son supérieur hiérarchique, un physiothérapeute. Ce service est lui-même rattaché au département de « physiothérapie, réhabilitation, formation » qui a son siège à Martigny.

En termes d'activités, les animations ont lieu soit lors d'une prise en charge individuelle, soit lors d'animations de groupes. Le service d'animation permet notamment de rythmer les fêtes de l'année, pour lesquelles il décore la maison et organise des animations spécifiques. Il intervient également dans les unités de soins (étages) où des espaces lui sont spécifiquement réservés, par exemple pour réaliser de petits bricolages. Lors d'un besoin d'espace plus grand, la salle d'ergothérapie ou la cafétéria peuvent également abriter les événements mis sur pied par l'animation. C'est notamment ce qui se passe à l'occasion des

⁹⁶ Données recueillies suite à la consultation du site du RSV <http://www.rsv-gnw.ch/> le 20.09.09

⁹⁷ Instituts psychiatriques du Valais Romand dont la direction est basée à Martigny

différentes fêtes de l'année. Enfin, parfois, un animateur intervient pour la participation à de grands projets. Comme il a un goût prononcé pour la peinture, il a également mis sur pied un atelier lié à cette activité. Régulièrement, l'animatrice socioculturelle de Ste-Claire collabore avec le service d'aumônerie qui intervient deux fois par semaine auprès des patients. Enfin, la chapelle est une véritable fenêtre sur l'extérieur accueillant une chorale, des brancardiers et passablement de gens de la région lors des messes dominicales, d'où une présence accrue de l'animation pour assurer la coordination entre les différents intervenants.

9. Analyse des données

9.1. *Le contexte*

L'analyse se base sur neuf entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et de l'animatrice socioculturelle de la clinique. Afin de réaliser ces entretiens, j'ai élaboré des questions en lien avec six thématiques : la définition de sa pratique par le professionnel interrogé, l'identification d'enjeux et de défis qui y sont liés, la perception du contrôle institutionnel, la collaboration entre animation et soins, la forme et les contenus de communication, et enfin les perceptions par les soignants de l'animation socioculturelle. Afin d'analyser les contenus évoqués liés à ces six thématiques, j'ai alors retranscrit les différents entretiens puis les ai découpés pour les lier aux thématiques étudiées. Ainsi, j'ai pu observer les thématiques qui avaient davantage retenu l'intérêt de mes interlocuteurs et dresser des parallèles ou observer des différences de perceptions. Les professionnels interrogés étant tous déjà sensibilisés à l'animation et bénéficiant tous de plusieurs années d'expérience, la variable étudiée s'appuyait plutôt sur la différence de formation et de fonction qui permettrait peut-être d'expliquer certaines différences entre soignants d'un même étage.

9.2. *La définition des différentes formes d'intervention*

9.2.1. *Traitement de la thématique abordée*

Les hypothèses formulées préalablement m'amenaient à penser que l'animation socioculturelle et les soins avaient des pratiques différentes en termes de sens donné à leur action, et en ce qui concernait la collaboration et la communication. De plus, la vision d'une partie des soins à l'égard du patient avait peut-être changé suite à la distance que le pouvoir décisionnel médical entretenait désormais avec le patient. Enfin, une dernière hypothèse portait sur les espaces de communication permettant à l'animation socioculturelle et aux soins de se rencontrer.

Au travers de la définition de la pratique de chacun des professionnels, il s'agissait donc de mieux comprendre le regard que celui-ci portait sur sa pratique, sur le service auquel il appartenait, et sur l'institution en générale. Dans un second temps, le but était de pouvoir aussi identifier la mission, les objectifs, les moyens et les limites de chaque intervention, pour enfin réaliser une mise en parallèle de ces différentes pratiques et comprendre d'éventuels modes de faire différents. Pour ce faire, il était demandé à chaque professionnel de définir son intervention en termes de mission, d'objectifs, de ressources, de soins prodigués, de collaborations et de limites. Très ouverte, cette question ne pouvait pas, bien sûr, être traitée de façon exhaustive. Le but était donc de collecter quelques informations sur les indicateurs mentionnés ci-dessus et de voir ce qui viendrait en premier à l'esprit des différents professionnels interrogés.

9.2.2. *Des professionnels au cœur du changement*

Actuellement, le Réseau Santé Valais est en restructuration. Les professionnels qui y oeuvrent sont donc très souvent confrontés au changement, comme le confirme l'infirmière clinicienne interrogée : « Moi ce que j'ai remarqué en travaillant dans le RSV c'est que c'est tout le temps en mouvement. On a énormément d'informations qui nous arrivent, énormément de changements, en très peu de temps. » Ces changements influent donc sur la définition, par les professionnels, de leurs pratiques et du service auquel ils appartiennent.

En effet, dans le cas présent, le Réseau santé Valais est en train de passer d'une gestion des soins locale, par hôpitaux, à une gestion par départements, comme le confirme l'ICUS de gériatrie interrogée. Dans le cas de la gériatrie, ce service pourrait donc intégrer le département lié à la médecine à l'avenir.

Mais cette restructuration institutionnelle s'accompagne également de modifications propres au terrain. Par exemple, l'introduction de plus en plus fréquente des assistantes en soins dans le milieu de la gériatrie amène des changements au niveau de la composition des équipes. En effet, une assistante en soin de psychogériatrie constate que les tâches à réaliser ne cessent de se diversifier : « Le champ s'élargit. Certainement qu'on va aller nettement plus dans ce sens là. Quand toutes ces jeunes filles seront bien formées, bien rodées, je pense qu'on sera vraiment des bonnes professionnelles qui coûteront pas trop cher mais qui travailleront vraiment dans une sphère assez complète. En allant des gestes les plus simples à des gestes déjà assez chevronnés ».

D'autre part, avec les années, l'assistante en soins en gériatrie constate également l'évolution de son intervention liée aux patients : « Quand j'ai commencé ici, on avait le temps de sortir avec eux. On avait le temps de boire quelque chose ensemble, de jouer aux cartes. Donc nous, au niveau des soins, je pense qu'on doit faire le deuil parce que du temps, il n'y en aura plus. » Témoignant de ce même état de fait, l'aide soignante ajoute : « C'est la nouvelle organisation des soins qui fait qu'on n'a plus le temps. Mais, on est toujours très à l'écoute lorsqu'il y a des activités. On a des petites tranches pour faire de l'animation⁹⁸. » Le temps semble d'ailleurs être une préoccupation générale de tous les soignants, peu importe leur fonction. L'ICUS de psychogériatrie précise : « Souvent on est beaucoup moins auprès du patient et quand même pas mal derrière les ordinateurs. » Enfin, dernier phénomène modifiant de façon notable l'intervention, les situations des patients semblent se complexifier selon l'assistante en soins de gériatrie : « Les patients deviennent plus vieux. Ils ne sont pas en meilleure santé, bien au contraire. Ils vivent plus longtemps avec pas mal de problèmes. Ils ont beaucoup plus de problèmes que les patients que j'ai connus ici. Ça fait neuf ans que je travaille ici. Quand j'ai commencé, c'était beaucoup des demi-toilettes et des petites aides. Ils venaient déjeuner le matin ici. Ils étaient plus autonomes. Alors c'est ça qui change. Maintenant il y a tellement de choses, des pansements, des surveillances : les cas sont plus lourds. Nous, on est obligés de s'adapter parce qu'on n'est pas assez. »

9.2.3. Des objectifs communs mis en péril

Un des points de vue adopté au début de l'étude portait de l'hypothèse que l'animation et les soins ne donnaient pas le même sens à leur intervention. Mais, comme l'animatrice socioculturelle l'évoque, il existe un dénominateur commun : « Je pense que la mission de tout le monde ici c'est quand même le bien-être de la personne. Bien-être, ça va depuis "j'ai plus mal aux jambes" à "j'ai passé une bonne après-midi et je me sens valorisé, je me sens bien." » Dans le même sens, l'infirmière cheffe de service présente la mission des soins de la manière suivante : « Prendre en charge les personnes en âge gériatrique présentant des troubles somatiques multiples, puisque qu'on touche une personne dans son entier bio-psycho-social. Donc la mission est vraiment de répondre à cette personne qui est une entité, une unité. C'est d'essayer de maintenir un maximum d'autonomie à cette personne en vue d'un projet qui peut être soit un placement en EMS pour travailler ce placement, soit un retour à domicile avec familles, proches, conjoint » Pour sa part, l'infirmière clinicienne définit ainsi son intervention : « ma priorité ça reste quand même le patient et les familles, la qualité des soins : c'est mon job aussi, et la communication, l'accueil. » Enfin, cette priorité à consacrer au patient se retrouve aussi auprès de l'assistante en soins de gériatrie qui identifie néanmoins l'intervention relationnelle comme en danger : « Ce qui change au niveau de notre profession ? On a de moins en moins de temps pour être auprès du patient. Le temps que l'on a, c'est beaucoup des soins. Le côté relationnel est en train de disparaître pour faire place au côté soins : que ce soit soins techniques, surveillance, au niveau soins

⁹⁸ Bien qu'il soit ici question d'animation, il est important de relever qu'il ne s'agit pas obligatoirement d'animation socioculturelle : les soignants associent souvent animation et soins relationnels.

physiques, santé physique, plutôt que psychique » Confirmant cette tendance, l'aide-soignante parvient à la conclusion suivante : « On nous dira "ça n'est pas votre rôle." Ça devient plus notre rôle. Notre rôle c'est de soigner, de plus être là pour l'animation. On nous l'enlève de plus en plus parce qu'on nous dit qu'on n'est pas dans un EMS, qu'on est dans un milieu hospitalier. On est là pour soigner. Il n'y a pas d'animatrice à l'hôpital ».

A la lumière de ces propos, la relation entre animation et soignants se révèle donc davantage compromise. Pourtant, il est intéressant de constater qu'avec la psychogériatrie notamment, un certain nombre d'objectifs communs peuvent être établis, comme le confirme l'ICUS de psychogériatrie : « Mon rôle c'est vraiment d'être le lien, être la personne qui peut écouter, qui peut prendre le temps d'écouter. Je peux prendre du temps. C'est plus une coordination, un être à l'écoute, plus au niveau social, un peu être la plaque tournante au niveau relationnel. » L'animatrice socioculturelle partage d'ailleurs cette approche : « C'est plus le fait de les mettre en lien, que les gens ils sortent de leurs chambres, qu'ils fassent partie de la vie plutôt que d'être que des malades dans leur coin avec des plaintes : "mal ci, mal là". Redonner un peu cet élan de vie, cette envie de faire quelque chose. » De même, l'assistante en soins de psychogériatrie confirme cette approche davantage sociale : « Nous ce qu'on fait dans un premier temps c'est surtout du réconfort, rassurer. Dans la pratique, maintenir les acquis qu'on a, et essayer d'apporter de l'agrément et quelque chose d'un peu soutenant pour les patients qu'on a ici. Tout en étant thérapeutique... » Et l'animatrice d'ajouter : « C'est vraiment des toutes petites choses qui sont peut-être pas très quantifiables en faisant un rapport, en disant voilà madame elle a bien répondu à mes questions. Mais quand t'arrives tout à coup à te dire, voilà la personne elle s'est sentie exister. Redonner de la dignité à l'autre pour moi c'est... plus n'être qu'un malade, d'être une personne. »

En résumé, malgré des objectifs communs, le manque de temps et des pathologies plus lourdes qu'auparavant amènent peu à peu les soignants les plus proches des patients, comme les aides-soignants et les assistants en soins, à se distancer des soins relationnels pour occuper une fonction plus soignante, axées sur des soins physiques. Mais, si ce constat peut être fait en gériatrie, il est à vérifier en psychogériatrie où il semblerait que l'intervention relationnelle conserve plus d'importance et où le lien entre animation socioculturelle et équipes de soins devrait être facilité.

9.2.4. Forme des interventions effectuées

La forme que revêtent les différentes interventions effectuées varie beaucoup selon les professionnels et leurs fonctions. Dans le cas de l'infirmière cheffe de service, par exemple, son intervention s'est éloignée du patient. « Par rapport à ma fonction, moi j'ai essentiellement une fonction de gestion. Je n'interviens plus auprès du patient. Moi je n'interviens plus au pied du patient. Je ne prends pas en charge des situations de patients. » Elle continue néanmoins de collaborer étroitement avec les ICUS⁹⁹ afin que les différents projets de soins et la prise en charge se déroulent au mieux. De même, elle participe aux colloques interdisciplinaires afin d'avoir une vision de l'activité des services de gériatrie, de pouvoir anticiper la gestion des lits, de connaître la charge en soin et de soutenir les équipes. Dans le cas des ICUS, des variations existent à nouveau entre gériatrie et psychogériatrie. Par exemple, en gériatrie, l'ICUS réalise encore des soins directs auprès du patient comme des toilettes. « Moi quand je vais faire une toilette, j'ai plusieurs objectifs. J'ai l'objectif de m'occuper du patient, d'évaluer ce qui a été mis en place. En m'occupant du patient, moi je fais ma propre évaluation et je vois si ça correspond à ce qui est mis en place, ou si on fait la toilette d'un patient alors qu'il pourrait la faire lui-même. Enfin, j'évalue la qualité des soins. Par rapport à ça, je suis la seule infirmière spécialisée en gériatrie du service. J'ai donc quand même un regard un peu plus expert sur les situations. » En psychogériatrie, par contre, l'action de l'ICUS semble moins axée sur les soins physiologiques « Je ne vais pas faire des soins directs comme des douches à la personne », pour davantage se concentrer sur la conservation d'une intervention relationnelle : « Je me considère dans le travail de tous les jours plus comme un lien avec la famille. C'est moi qui

⁹⁹ Infirmière cheffe d'unité de soins

reçois tous les téléphones des familles quand elles appellent ici et que je suis en service. Mon travail est vraiment de coordonner des entretiens de familles, voir avec le médecin pour faire des réunions quand je sens que la famille a besoin. C'est vrai qu'il y a tout un travail qui est fait au niveau de l'acceptation que la personne soit dans un milieu tel que le nôtre. » Outre cette différence, les ICUS connaissent de nombreuses tâches communes : supervision de la qualité des soins, gestion des informations, gestion des équipes et des patients, engagement et remplacement de personnel... Néanmoins, l'ICUS de psychogériatrie le confirme : « Le travail en tant qu'ICUS est de plus en plus un travail qui est dans l'organisation, en dehors des soins. Et il faut concilier tout ça avec une vision globale du service, comment ça marche, comment ça fonctionne, pour que l'on puisse trouver vraiment un bon équilibre pour que ça marche. »

En ce qui concerne l'infirmière clinicienne, sa particularité est d'« être un guide ou une référence pour les équipes. C'est être une personne conseil. » Elle a notamment pour objectif « l'autonomie des équipes » et la promotion et le maintien de la qualité des soins. Enfin, elle se veut « une garante de la qualité des soins » et a « plus particulièrement un regard sur les soins de plaies, tout ce qui est prévention d'escarres, et tout ce qui est incontinence ». Elle travaille également avec les assistantes en soins avec lesquelles elle participe à des groupes de travail. L'animatrice socioculturelle, quant à elle, intervient directement auprès du patient. Elle offre une intervention que le patient peut ou non accepter selon son intérêt, contrairement aux soins. « Ils ont du plaisir de pouvoir dire non. C'est le seul endroit ici, dans cette prise en charge, où ils peuvent dire non. Si tu dois te lever parce qu'on doit faire le lit tu ne peux pas dire non. Et ils ont du plaisir de dire non. "Non ! Je n'ai pas envie". Tu te dis : "Voilà c'est son choix !" » Par son intervention, l'animation socioculturelle permet donc de réintroduire du choix dans la vie du patient, de lui redonner un pouvoir de décision. Elle offre aussi un moyen de réduire l'isolement du patient : « Je pense à quelque part que si quelqu'un est bien, qu'il a du plaisir, qu'il se redonne envie d'avoir du plaisir, de faire des choses, il va peut-être guérir, soyons idéaliste, il va guérir peut-être plus vite. Il aura plus envie de mettre de l'énergie pour sortir de l'institution, pour se dire "c'est bon j'arrive encore à faire quelque chose, je vois encore quelque chose", reprendre un peu sa vie en main. L'idéal c'est quand même... On tend à ça. Essayer de les faire sortir de cette espèce d'enfermement... C'est déjà pas mal s'ils arrivent à essayer d'avoir envie de faire quelque chose et se donner des envies, des petites éclaircies dans leur vie alors qu'ils sont peut-être vieux, en fin de vie... Si tu peux leur donner au moins cette petite qualité de vie, qu'ils se sentent encore vivants... » Enfin, pour l'infirmière en gériatrie, son rôle se veut être à la fois celui d'un accompagnant et celui d'un soignant technique : « Mon rôle au quotidien ? Je dirai que c'est plutôt un rôle d'accompagnateur. Bon en même temps de soignant technique parce qu'il y a des gestes qu'on est obligé de faire. Mais, dans tous gestes techniques, il y a la relation à l'autre. Il y a l'explication. Il y a l'accompagnement pour que finalement il accepte le soin qu'on veut lui faire. Avec les personnes âgées, je dirai que c'est plutôt de l'accompagnement parce qu'ils sont très sensibles, au ton de la voix, aux gestes, à la position qu'on a. » Enfin, en ce qui concerne l'aide-soignante et les assistantes en soins, la forme qu'ils donnent à leur intervention semble résulter des changements que connaît l'environnement hospitalier dans son ensemble. L'assistante en soins de gériatrie relève par exemple qu'un certain nombre de soins ne se font plus ou alors moins souvent : « Il y a beaucoup de choses qu'on se dit qu'on ne fait plus. Avant on mettait les bigoudis. On faisait les ongles. On soignait. On faisait la manucure. Maintenant on ne fait plus. On fait quand on a les ongles tout noirs qui font presque 2 cm. Alors là on se dit bon, "je fais vite, en vitesse." Nous, en théorie, on apprend que couper les ongles c'est un soin. Puis, après on nous dit que ce n'est peut-être pas ça le plus important. C'est sûr que ce n'est pas ça le plus important. Tant pis d'avoir les ongles longs. Le plus important c'est de ne pas avoir d'escarres, de ne pas être déshydraté. » Néanmoins, ce changement de pratique met les assistants en soins en porte-à-faux par rapport à leur formation : « On a des cours où on nous dit qu'il faut un petit peu laisser certaines choses. Mais, ce n'est pas vraiment officiel. Nous ce qu'on aimerait, c'est qu'on nous dise vraiment, officiellement "Laissez tomber les ongles" parce que nous on a appris comme ça. On aimerait bien que les gens nous disent depuis en haut "C'est pas important !" »

9.2.5. Synthèse de la thématique

En résumé, au travers de ce premier chapitre, nous pouvons constater que trois facteurs ont dernièrement modifié la forme de la prise en charge réalisée par les soignants : la restructuration de l'hôpital, l'arrivée des ASSC¹⁰⁰ en gériatrie et la complexification des situations de patients. Ceci a donc limité le temps dont disposaient les soignants et ces derniers ont donc dû s'adapter en délaissant les soins relationnels et même certains soins physiologiques non nécessaires à la survie du patient. Cependant, les soignants et l'animatrice se rejoignent tout de même sur une approche focalisée sur le patient et son bien-être. En psychogériatrie, on semble d'ailleurs avoir su mieux conserver du soin relationnel dans la prise en charge.

9.3. *Le contrôle institutionnel*

9.3.1. Traitement de la thématique abordée

A travers la thématique du contrôle institutionnel, il s'agissait d'avoir une meilleure idée des traces dont témoignent les soins et l'animation socioculturelle par rapport à leur pratique. De même, c'était l'occasion d'identifier les tâches administratives réalisées par ces deux entités et de vérifier dans quelle mesure l'animation socioculturelle se vendait, prouvait son utilité, justifiait ses apports au travers de documents écrits destinés notamment à la hiérarchie. Enfin, il s'agissait aussi de voir dans quelle mesure les différents acteurs de l'environnement hospitalier interrogés étaient soumis au rendement, à une politique institutionnelle qui doit désormais prendre en compte la question de l'augmentation des coûts de la santé et valoriser les actes réalisés par les différents soignants.

9.3.2. Les tâches administratives réalisées

Tâche administrative commune à tous les intervenants auprès du patient, exceptée l'animation socioculturelle, la rédaction d'observations sur le dossier « Phoenix »¹⁰¹ du patient est une démarche quotidienne pour les soignants, afin de connaître l'évolution de l'état du patient. En effet, plus complet que les anciens cardex, ce dossier offre une photographie assez précise du patient. Il comprend : les ordres médicaux à relever et à valider, les observations, les rapports de soins qui comprennent tous les soins effectués, les processus de soins infirmiers par rapport aux besoins d'alimentation, de respiration et de mobilisation ainsi que des informations liées au processus interdisciplinaire où chaque intervenant du colloque interdisciplinaire peut laisser des observations. En plus d'observations provenant de l'équipe interdisciplinaire, ce processus comprend encore les objectifs communs à atteindre et les moyens à développer liés à l'intervention.

Outre, le dossier Phoenix, certains soignants partagent aussi d'autres tâches administratives en commun. En effet, les deux ICUS font notamment mention de la planification du temps de travail des équipes et de la masse d'informations à trier : « Avec le RSV, on reçoit beaucoup de mails, de choses qui nous concernent pas directement. Il faut savoir trier aussi » précise l'ICUS de psychogériatrie. Pour sa part, l'ICUS de gériatrie fait aussi mention des bienfaits de l'informatique : « D'un autre côté, ça nous a quand même aidé ces outils informatiques. Maintenant, c'est quand même plus facile de se relire, de trouver des infos qu'avant avec le bout de papier. » L'ICS, quant à elle, fait encore mention d'autres tâches administratives : « il y a tout ce qui est gestion d'équipes, c'est-à-dire gestion des effectifs. Moi j'ai un suivi de ces plannings, un rôle de contrôle. J'ai un rôle d'engagement de collaborateurs. Tout ce qui est au niveau de projets de soins, atteindre des objectifs de soins soit au niveau des unités de gériatries, soit au niveau de la direction des soins, participer à la construction, au suivi, à la réalisation de ces projets. Il y a des projets qui ne sont pas liés aux équipes, des projets hors

¹⁰⁰ Assistante en soins et santé communautaires

¹⁰¹ Au sein du RSV, depuis quelques années, tous les dossiers patients sont désormais tenus à jour sous forme informatisée à l'aide d'un programme baptisé « Phoenix », anciennement les versions manuscrites étaient baptisées cardex. Mais, les dossiers patients se doivent désormais d'être davantage complets, s'adaptant ainsi également à la complexité des situations de patients.

service gériatrique. » Il est aussi intéressant de relever que si, pour l'infirmière cheffe de service, les tâches administratives représentent « l'essentiel de son activité », pour l'ICUS de gériatrie, cela représente « plus de la moitié de la journée en terme de temps de travail », pour l'infirmière de gériatrie c'est du « 50-50 » et pour l'assistante en soins en psychogériatrie, cela ne représente qu'un « 10% du temps de travail. » Cependant, l'assistante en soin précise : « Mais bon je suis assez à l'aise avec l'informatique donc ça me permet de...C'est sûr qu'une personne moins à l'aise mettra un peu plus de temps. » Pour sa part, l'animatrice socioculturelle estime que ses tâches administratives sont surtout liées « au niveau organisationnel et au niveau de la collaboration. Du fait que je ne fais pas de rapports, je travaille un peu dans l'ombre. » Pourtant, pour l'ICUS de psychogériatrie, cette paperasse est parfois un mal nécessaire : « C'est vrai que c'est parfois assez lourd toute cette paperasse et toutes ces choses qu'on doit remplir. Maintenant, il y a des lois. Il y a des changements au niveau de certaines choses qu'on doit produire. Il y a les droits des patients, des choses qui ont changé dernièrement et qui nécessitent une certaine traçabilité, une certaine paperasse. » L'assistante en soins de gériatrie précise également que la réalisation d'annotations, notamment dans Phoenix est aussi un moyen de se protéger en montrant ce qui a été observé, fait auprès du patient.

9.3.3. La politique institutionnelle actuelle

La clinique fait partie d'un système qualité certifié ISO, comme le rappelle l'infirmière cheffe de service. Par conséquent, un certain contrôle s'effectue, notamment sur les soins. Néanmoins, elle n'identifie pas, à son niveau, de contrôle provenant des assurances : « C'est pas nous qui sommes vraiment touchés au niveau soin. C'est beaucoup l'administratif et le médical¹⁰² qui doivent prouver. » Par contre, l'ICS convient que « c'est plus au niveau de notre supérieur hiérarchique que l'on doit prouver que notre activité en gériatrie est lourde, complexe, a besoin de compétences, d'effectifs pour pouvoir avoir une prise en charge optimale de nos patients, pour avoir une certaine qualité de soins, offrir des prestations quand même optimales. » Pour ce faire, un outil se nommant le LEP¹⁰³ a notamment été mis sur pied. Comme nous le verrons ci-dessous, cet outil est avant tout destiné à bénéficier d'un retour sur les prestations effectuées par les soignants afin d'évaluer la charge en soins.

Mais, l'hôpital connaît également un certain nombre d'autres changements auxquels les soignants doivent s'adapter, comme l'évoque l'ICUS de psychogériatrie : « C'est vrai que le métier d'infirmière a changé, énormément changé dernièrement, tout ce qui est informatisé, il y a des infirmières qui ont un certain âge, elles se sentent totalement perdues. C'est clair qu'il y a des jours d'introduction, des jours de cours. Mais, certaines personnes, elles ont quand même de la peine. Elles ont un blocage par rapport à tout ce qui est informatique. Mais bon, de mieux en mieux on s'adapte. » Témoignant de cette même nécessité de s'adapter, l'infirmière clinicienne précise : « C'est sûr qu'on attend de nous qu'il faut être efficace, compétent, pouvoir s'adapter rapidement. On nous en demande beaucoup. Il y a énormément de choses à intégrer. Il y a énormément de changements à effectuer, puis on vous donne un laps de temps. Puis, on vous dit voilà : "On vous l'a déjà dit. Pis c'est pas le dernier changement." On sait que les choses, elles sont tout le temps en mouvement donc vous avez quand même intérêt à être en forme. » Toutefois, l'infirmière clinicienne tient aussi à nuancer cette idée de contrôle institutionnel développée ci-dessus « Maintenant, mettre vraiment une pression, je pense pas. Parce que je pense que dans notre job, il y a quand même ce côté humain qui restera. On va pas dire à une collègue : "On te le dit une fois, deux fois puis après débrouille-toi." » A contrario, l'ICUS de gériatrie partage la vision suivante : « Ça dépend des jours. Mais c'est vrai que je trouve que ça s'est péjoré par rapport à il y a quelques années. J'avais l'impression d'arriver à faire plus de choses. Maintenant, c'est vrai qu'il faut y aller, faut y aller et puis on n'a des fois plus le temps de réfléchir et de faire les choses. » De son côté, l'assistante en soins en gériatrie réalise le constat suivant : « Il y a beaucoup de travail. On sent très bien qu'on n'est pas assez. Parce qu'on court. Là ça va un

¹⁰² Par médical, il est ici question des médecins.

¹⁰³ L'abréviation LEP signifie « Leistungserfassung in der Pflege », soit en français « saisie des prestations de soins infirmiers »

petit peu mieux, mais on a eu une période à la fin de l'année où c'était affreux. C'était horrible. Presque partir du travail en larmes, parce qu'on ne peut plus. Puis, ça sonne là, ça sonne là-bas. On est que deux. Alors il faudrait laisser des choses de côté mais quoi ? Difficile à dire quoi. Ben le LEP. » L'animatrice socioculturelle, pour sa part, analyse de la manière suivante : « Bon, je pense que c'est beaucoup dû aux ordinateurs parce qu'elles passent des heures là-dessus à remplir leurs dossiers. Ça bouffe quoi. Je les vois. C'est impressionnant. Tout le temps qu'elle passe. D'un côté je me dis, moi j'ai encore la chance de pas trop rentrer dans cet engrenage... » De même, elle porte un regard soucieux sur son propre avenir : « Est-ce que cette annexe fera toujours partie des priorités ? T'es aussi toujours à te dire quand tu bosses, t'es toujours aussi à te dire "est-ce que ça existera encore dans 2 ans, dans 5 ans ?" Il y a un peu cette épée de Damoclès sur la tête par rapport aux coûts de la santé. Est-ce qu'ils nous le font sentir ? Quand même un peu, de manière détournée. Tu sens quand même un peu. C'est pour ça que je me dis des fois que pour être heureux, vivons cachés. Tu fais ton boulot. Ils ne vont pas venir trop te dire "Ah il y a un service d'animation. Et combien qu'il nous coûte ce service ?" Ça c'est un peu l'avantage de pas être pas trop médiatisé. » L'assistante en soins en gériatrie va même plus loin. Questionnée sur une éventuelle péjoration de la qualité des soins par cette nouvelle politique institutionnelle davantage liée au rendement, elle ajoute : « Puis, après y a des patients aussi qui disent mais avec tout ce que je paie de caisse maladie, moi je veux aussi qu'on s'occupe de moi, comme il faut, bien. Et je paie 200, 250.- tous les mois. Eux je les comprends aussi. Parce qu'eux ils paient toujours plus cher les primes. Mais quand ils sont à l'hôpital, ils sonnent, ils doivent attendre. Ils veulent quelque chose. On leur dit : "Ecoutez, maintenant on a pas le temps. On revient plus tard." Moi je ne trouve pas que la qualité des soins s'est améliorée alors, bien au contraire. »

9.3.4. L'outils de contrôle LEP¹⁰⁴

Vaguement évoqué ci-dessus, le principal outil de contrôle du rendement des équipes de soins est le LEP, appelé apparemment Pourabo en psychogériatrie. Par la mise en place de cet outil, il s'agit d'évaluer la charge en soins, d'estimer les besoins en effectifs et de mieux comprendre la complexité des cas. En effet, le LEP est un outil informatique dans lequel le soignant va entrer toutes les prestations de soins réalisées auprès du patient et les chiffrer en temps. « Tout est saisi. Tout est calculé. Ça a une valeur. » précise d'ailleurs l'ICS qui ajoute : « C'est très difficile aux soignants de dégager du temps pour ça. » L'ICUS de gériatrie le confirme : « Ça c'est les grandes frustrations de l'infirmière : "Mais c'est pas possible on passe tellement de temps à faire de l'administratif, on n'a plus le temps de s'occuper des patients." En même temps, ce LEP c'est toujours à double tranchant. On ne peut pas dire c'est nul, ça sert à rien. D'un autre côté ça montre aussi ce qu'on fait et les effectifs vont se calculer en fonction de ça. Donc si vous ne le remplissez pas correctement... »

Cependant, l'outil LEP, souvent considéré comme une perte d'un temps que les soignants pourraient consacrer au patient, devrait bientôt se révéler moins astreignant à remplir, comme le précise l'ICS : « Il va y avoir des liens entre cette saisie LEP et le dossier patient pour qu'automatiquement ce qui s'écrit dans le dossier patient apparaisse dans le LEP. Ça va diminuer un peu toute cette écriture, cette saisie de chiffres que doit faire le soignant. » Mais, le LEP présente aussi un autre inconvénient plusieurs fois mentionné et ici évoqué par l'infirmière de gériatrie : « Quand on a beaucoup de travail, les jours où on n'a pas arrêté, parce qu'il y a des périodes où on n'arrête pas, quand on a déjà fait 12 heures, si faut faire une heure supplémentaire, le LEP on s'en fout quoi. » Le LEP implique donc, dans certains cas, la réalisation d'heures supplémentaires ou à défaut, un rappel de la hiérarchie concernant la nécessité de le remplir, voire une menace de restriction des effectifs dévolus à l'équipe. Ceci est, de l'avis de plusieurs soignants, un non-sens. L'infirmière de gériatrie s'explique : « Justement quand on a peu le LEP c'est qu'on est débordé de travail et qu'on n'a plus envie de s'asseoir devant l'ordinateur. » De plus, il semblerait qu'il soit difficile pour les soignants de remplir l'outil correctement. L'infirmière de gériatrie précise : « Il faut réfléchir

¹⁰⁴ Le LEP est un outil scientifique développé LEP SA <http://www.lep.ch/>

parce que des fois après 12 heures... Il faut se rappeler ce qu'on a fait. Il faut que l'ordinateur soit libre. Il y a beaucoup d'interférences. » Parvenant à la même conclusion, l'assistante en soin de gériatrie poursuit : « C'est rigoureux. Puis, c'est-à-dire qu'il ne faut rien oublier. Puis, on oublie beaucoup... » Enfin, le LEP ne semble représentatif que d'une partie des soins. Par exemple, il n'inclut pas certaines prestations qui passent dans la valeur C¹⁰⁵. Parmi ces prestations non calculées dans le temps de charge en soins, les éléments suivants sont mentionnés par l'infirmière de gériatrie : les discussions avec les familles, les recherches sur les pathologies, les transmissions orales entre infirmières lors des changements d'équipes, les commandes de matériel et enfin les soins relationnels. En résumé, il semblerait que les 6h00 à 6h30 de temps de prestation qui doivent figurer dans le LEP n'aient pas fini de susciter des réactions parmi les soignants et qu'il reste encore du travail afin de les convaincre de son utilité, comme le démontre d'ailleurs le point de vue de l'assistante en soins en gériatrie : « Mais, le LEP, je peux dire n'importe quoi. Moi je peux dire n'importe quoi. Moi je n'y crois pas à ce LEP. Au lieu de cinq minutes, je vais mettre quinze minutes. Parce que ça ne correspond pas à la réalité. Alors on nous dit : "Mettez plus d'heures !". Alors on met plus. Puis après on nous dit : "Vous mettez trop", alors on met moins. On peut faire ce qu'on veut avec ce LEP... » Enfin, il semblerait que certains soignants perçoivent ce contrôle comme un manque de confiance : « Je veux dire sur l'équipe on est pas des gens à se cacher dans un coin, à blaguer, au lieu de travailler. On sait très bien que tout le monde travaille et qu'il y a beaucoup de boulot » s'étonne l'assistante en soin de gériatrie. De même, l'infirmière en gériatrie conclut : « c'est comme si on a l'impression qu'on doit prouver que le temps qu'on a été ici, on a fait quelque chose quoi. »

9.3.5. Synthèse de la thématique

Les tâches administratives demandées aux soignants passent principalement par deux outils : le dossier patient informatisé « Phoenix » et le LEP. Deux facteurs principaux modifient le temps que les soignants doivent consacrer aux tâches administratives : l'informatisation des données et la position hiérarchique à laquelle se situe le soignant. Cependant, malgré cette différence, tous semblent se rejoindre sur l'idée que le LEP n'offre pas toutes les garanties souhaitables. Facilement manipulable, l'outil génère des heures supplémentaires lors de charges en soin déjà conséquentes. Enfin, il semble également l'instigateur d'un stress supplémentaire pour le soignant et est parfois perçu comme une contrainte résultant d'un manque de confiance de la hiérarchie. De son côté, l'animatrice socioculturelle semble quelque peu échapper aux tâches administratives. Comme elle n'est pas tenue de remplir le LEP et qu'elle ne dispose que d'un accès en lecture à Phoenix, ses tâches administratives semblent plutôt liées à l'organisation et la coordination d'activités destinées aux patients.

9.4. La collaboration entre soins et animation socioculturelle

9.4.1. Traitement de la thématique abordée

Le développement de cette thématique devait permettre de mieux comprendre les modes de collaborations habituels instaurés par les soins et l'animation socioculturelle. De même, il était une occasion de comprendre sur quelles bases se définissait cette collaboration et d'identifier les espaces d'échanges entre soins et animation socioculturelle ainsi que de vérifier un éventuel cloisonnement des soins. Enfin, les différentes questions avaient pour but de mieux comprendre la vision que chacun a de son intervention et de celle de l'autre ainsi que de la mise sur pied d'une intervention commune auprès du patient. Ainsi, il

¹⁰⁵ La valeur C représente ce qui ne compte pas. Elle doit représenter entre 25 et 35% du temps de présence du personnel, pauses comprises. Elle est ici évoquée par l'infirmière de gériatrie. Vous pouvez trouver plus d'informations à ce sujet sur <http://www.lep.ch/>

s'agissait d'identifier les différentes contraintes et freins liés à la collaboration, les acteurs impliqués et enfin les projets sur lesquels des collaborations avaient et ont lieu.

9.4.2. Les constats effectués par les différents acteurs

Tout d'abord, il est peut-être bon de rappeler que l'animation socioculturelle est rattachée au service médico-technique de l'hôpital de Sierre. Les échanges avec l'infirmière cheffe de service se veulent donc uniquement axés sur des projets d'animation socioculturelle concernant l'ensemble de la structure et nullement l'intervention quotidienne de l'animatrice socioculturelle. De même, l'infirmière cheffe de service ne bénéficie d'aucun document lié au cahier des charges de l'animation socioculturelle au sein de la maison.

Ceci dit, il est intéressant de reporter ici le constat réalisé par l'ICS concernant sa collaboration avec l'animation socioculturelle. « C'est vrai qu'il y a très très peu de collaborations directes planifiées avec l'animatrice. Ce n'est vraiment pas régulier et c'est plus sur demande soit de ma part, soit de la sienne. C'est pas quelque chose de défini, de planifié. En général, c'est plutôt elle qui vient vers moi que moi vers elle. Ici, elle étant dans les étages ou au quatrième, on ne se croise pas. Quand j'occupais l'autre fonction d'ICUS, j'avais beaucoup plus de contacts, plus de liens. Là c'est vrai que déjà, par rapport à la présence de l'après-midi, on se croise vraiment quand il y a besoin. On s'appelle ou elle me contacte lors de besoins. » Ce manque de contacts, de liens est également présent dans le constat d'autres soignants. L'ICUS de psychogériatrie évoque, pour sa part, un horaire défavorable à la création de contacts : « Et puis, sinon c'est vrai que elle, elle vient. Moi je suis pas beaucoup là le jeudi après-midi et étant dehors du service je vois pas toujours ce qui se passe. J'ai l'impression que c'est plutôt loto, goûter. Ou sinon, elle fait quand même des découpages, des choses comme ça. » De même, l'assistante en soins de psychogériatrie ajoute : « Elle a encore les congés, les vacances. Des fois, on ne la voit pas de la semaine, quand elle est absente, ou des cours, ou autres choses. De ce côté-là, c'est vrai qu'il y a à faire... » En effet, personne ne remplace l'animatrice lorsqu'elle est en vacances.

Toujours témoignant de cette difficulté à tisser des liens avec l'animation socioculturelle, l'ICUS de gériatrie avoue que : « des moments, des fois c'est un peu triste comme ça se passe. Nous on sait rien de ce qui se passe en haut puis elle, elle sait rien de comment ça se passe ici. C'est pauvre quoi. ». L'infirmière de gériatrie parvient d'ailleurs à un constat similaire en précisant : « On a peu de relations avec l'animation. Moi j'en ai moins depuis que j'avais fait ce travail sur les bénévoles. Ça a jeté un froid extraordinaire. Mais bon, on collabore comme on peut. C'est parfois pas évident. Parce qu'elle attend de nous qu'on accompagne les patients, qu'on aille les rechercher. Pour nous, des fois, on est moins de personnel l'après-midi. On n'a pas le temps d'aller chercher tous les patients dans les chambres, de les amener, d'aller les rechercher. »

Cependant, l'infirmière clinicienne de gériatrie admet que, même si « la collaboration n'est pas toujours évidente », l'animatrice socioculturelle vient dans les services et des échanges peuvent avoir lieu au sujet des patients et de leur autonomie. Par exemple, des recommandations de ce type sont parfois échangées : « Tu fais gaffe parce que lui il est diabétique, pas trop de gâteaux, pas trop de jus de fruit. », ou encore des demandes de ce type peuvent être formulées par l'animatrice « Est-ce qu'il se déplace facilement ? Est-ce je peux l'emmener toute seule, est-ce qu'il faut être à deux ? ».

Bref, la difficulté de collaborer semble donc aussi dépendre des personnes et des moments. L'ICUS de psychogériatrie cite notamment l'exemple d'une collaboration réalisée l'année d'avant avec l'animatrice : « On a fait un super truc l'année dernière. Voilà, mais il faut quelqu'un de l'équipe qui soit investi pour que ça fonctionne. C'était une ASSC qui a fait son diplôme ici et qui était peintre, qui faisait de la peinture. Donc elle a fait une exposition de peinture ici, de ses peintures à elle, et puis elle a fait plusieurs après-midi en collaboration avec l'animatrice, et elle, et des patients. Donc c'est des patients qui ont choisi des titres à ses tableaux, puis on a exposé. C'était vraiment chouette ! » De même, l'ASSC de psychogériatrie admet que la réalisation d'un projet tout simple, comme une grillade, nécessite déjà une longue préparation afin que les différents intervenants liés au projet soient tous informés, que l'information passe : « Ça fait peut-être dix jours qu'elle vient où

elle demande qui on désigne, qui vient pour accompagner. C'est toute une organisation. C'est pas dire "on fait ça tel jour : Boum la caisse !" On doit vraiment préparer, structurer, mettre en place, agender. On doit aussi collaborer avec la cuisine. Il faut qu'on avise le cuistot qu'il ne prépare pas les plateaux. Il y a aussi tout un travail avec les cuisiniers. » Cette difficulté à collaborer, et à faire passer l'information, l'animatrice socioculturelle l'évoque également : « Disons que c'est un gros morceau la collaboration. C'est très hiérarchisé et il faut encore vérifier que l'information soit bien passée... ». De plus, elle témoigne également de collaborations antérieures : « Au départ, on avait réussi à mettre sur pied que les infirmières m'amenaient les patients vu qu'une partie je fais ici, les exercices pour la mémoire. Alors elles me les amenaient en haut. Après, elles n'ont plus eu le temps donc c'est moi qui descends les chercher. Donc à quelque part à un moment il y a eu une certaine collaboration puis après, à un certain moment, elles n'ont plus pu parce qu'elles avaient beaucoup de tâches administratives et tout ça. » L'ASSC de gériatrie parvient d'ailleurs à une conclusion similaire : « Normalement le lundi à 15h00, les patients qu'on nous annonce sur la fiche, devraient être au 4^{ème} étage. Puis, des fois, elle nous appelle parce qu'ils sont pas là. C'est vrai que des fois quand on a beaucoup de travail, puis qu'on n'a pas le temps de les amener en haut, on aurait envie de dire : "Mais pourquoi elle ne vient pas les chercher elle ?" C'est ce qu'elle fait des fois. On ne peut pas ! On ne peut pas ! C'est elle qui vient... Puis elle, elle aimerait aussi qu'on les amène à l'heure. Mais, c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup d'échanges. Mais, il faudrait de nouveau du temps. » L'ICUS de gériatrie témoigne aussi d'une situation de soin qui a changé et qui influe sur cette collaboration : « Malheureusement je dirai que ce n'est pas au top la collaboration. Il fut une époque où on avait plus de temps et où on arrivait mieux à collaborer. C'est vrai que maintenant vu les situations de soins qui s'alourdissent, c'est devenu secondaire pour l'infirmière. Elle est débordée, voilà... » L'animatrice se doit donc désormais de davantage aller vers les équipes comme le remarque l'infirmière clinicienne en disant avoir « une animatrice qui est plutôt du style à venir poser des questions. »

9.4.3. Les collaborations existantes

Tout d'abord, au sein de la clinique, il existe une équipe interdisciplinaire¹⁰⁶ qui réunit la CORIF¹⁰⁷, la diététique, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'infirmière cheffe de service, l'ICUS, les infirmières et, les médecins et médecins assistants. Cette équipe se réunit de façon hebdomadaire afin de traiter des situations de patients. Ensuite, un colloque infirmier organisé par l'ICUS permet, une fois chaque trois mois, à chaque équipe de soins de se réunir pour traiter d'une thématique, ou d'un problème particulier. Lors de la prise en charge journalière, plusieurs réunions ont également lieu lors de changements d'équipes : une le matin, une à midi et une le soir. Enfin, dans le cadre de la psychogériatrie, un colloque a lieu une fois par semaine avec le médecin chef de la gériatrie, l'ICUS de psychogériatrie, et le médecin assistant du service. Outre ces réunions formelles, des rencontres informelles ont lieu régulièrement avec la physiothérapie et l'ergothérapie qui interviennent auprès des patients, sur les différents étages. Plus rarement, il arrive également que des échanges aient lieu avec l'animatrice, comme nous avons pu le constater ci-dessus. En ce qui concerne la diététique¹⁰⁸ et la CORIF, elles réalisent également plusieurs passages au sein des différentes équipes de soins durant le courant de la semaine. Enfin, il me semble important de relever que de nombreux soignants font également mention d'une collaboration avec les familles et les proches des patients ou encore l'aumônerie. L'animatrice socioculturelle cite pour sa part, outre le personnel soignant et médico-technique, l'aumônerie, l'hôtellerie et le service technique.

¹⁰⁶ Il est intéressant d'observer ici que l'animatrice socioculturelle n'en fait pas partie.

¹⁰⁷ C'est une infirmière de liaison qui intervient auprès des CMS et des EMS lors de retours à domicile ou de placements

¹⁰⁸ La diététicienne ne réalise en fait qu'un seul passage mais elle communique aussi à l'aide d'un carnet destiné aux équipes soignantes. La CORIF réalise généralement deux passages dans la semaine afin de se tenir informée de l'évolution des cas, et d'éventuelles nouvelles demandes à formuler.

9.4.4. **Forme des collaborations actuelles**

Pour l'équipe interdisciplinaire, il semblerait que le colloque soit une des principales occasions de partager et d'échanger. L'infirmière cheffe de service précise : « Une fois par semaine on discute de la situation des patients. Tout le monde est présent, donc c'est vraiment là où il y a beaucoup d'échanges. Puis après, vu la présence des physiothérapeutes sur le service, pour la prise en charge du patient, il peut encore y avoir des échanges à ces moments-là, avec ces professionnels-là. Avec l'ergothérapeute c'est pareil, c'est plus informel. » De même, cette prise en charge interdisciplinaire et le suivi qui en est fait sur Phoenix semblent fortement conditionner l'intervention: « Il y a vraiment une collaboration, un échange avec un objectif commun. C'est vraiment centré sur le patient. Dès l'entrée du patient, des objectifs sont fixés avec des délais déjà prévisibles en fonction de la pathologie. S'ensuivent des questions : "moyens auxiliaires à mettre en route ? Aménagements ?" Lors du colloque interdisciplinaire, chaque partie intervient, fait le point sur la situation. "Où on en est ?" Si vraiment les objectifs sont atteints ?... Donc c'est vraiment lors de ce colloque interdisciplinaire que les décisions se prennent, que les annonces de sorties, de départs sont faites. C'est le médecin qui donne l'aval de la date de sortie. C'est lui le chef d'orchestre. A l'entrée du patient, le médecin annonce déjà quel est l'objectif. On part d'une discussion d'équipe mais c'est quand même le médecin qui dirige ça. »

Ensuite, il est intéressant de constater que des collaborations entre équipes de soins existent également, comme le relate l'infirmière de gériatrie : « Ça nous est arrivé d'appeler quelqu'un parce qu'on arrivait pas à piquer et il y a quelqu'un au 3^{ème} qui est super pour ça. Tout à l'heure je suis montée au 2^{ème} avec une stagiaire pour poser une sonde. Je crois qu'il faut aussi avoir la simplicité de dire : "Là je n'arrive pas. Est-ce que tu pourrais venir ? Faut que je sois un peu plus sûr." ». Par contre, l'assistante en soins de gériatrie constate, qu'en ce qui la concerne, ces échanges relèvent plutôt de l'exception : « Il y a des groupes de travail. Là par exemple on est en train de revoir l'organisation des soins de la journée avec des nouveaux horaires. Alors moi je fais partie d'un groupe de travail et là il y a des soignants du 1^{er} et du 3^{ème} étage. Sinon, non ! On a très peu de contacts. Même en pause, c'est rare qu'on s'asseye avec des soignants du 2^{ème} ou du 3^{ème} étage. »

Enfin, en ce qui concerne la collaboration entre l'animation et les autres intervenants de la structure, elle semble avoir été quelque peu compromise par cette nouvelle réorganisation des soins, comme le confirme l'animatrice : « Je leur en demande moins et je suis obligée de prendre plus. Donc ça veut dire aussi que je peux prendre moins de monde. Donc j'ai été obligée de revoir mes objectifs à la baisse. C'est clairement ce qu'on m'a fait comprendre. J'étais sur un cheval. Je suis tombée du cheval et là maintenant je suis remontée mais je suis sur un poney. » Les tâches liées à la préparation et au transport des patients que les soignants réalisaient auparavant doivent donc désormais, souvent être réalisées par l'animatrice socioculturelle. Ceci amène donc l'animatrice à réaliser l'observation suivante : « Quand t'es seule tu dois être sur le terrain. Tes priorités, pour moi, c'est le terrain, c'est les malades. Puis, si après, tu as un peu de temps pour aller commencer à expliquer parce que tout d'un coup t'as décidé de faire ça parce que ci et parce que ça... Ouais, c'est vrai que ça serait bien, de pouvoir expliquer, dans l'idéal, ce qu'il y a derrière comme philosophie. » Les collaborations se limitent donc un peu à ce qui est nécessaire pour que le service fonctionne. « Je collabore beaucoup avec l'ergothérapeute. Je fais déjà un peu une liste des patients à prendre en animation, avec lui. » De même, l'ergothérapeute réalise parfois quelques retours sur les colloques interdisciplinaires. Sinon, la collaboration avec les soins semble nettement plus ténue : « J'essaie de demander le moins possible. C'est-à-dire que moi j'ai toujours fonctionné pour que ça dérange le moins possible. Soit au niveau des horaires. Je me suis beaucoup adaptée à beaucoup de choses. Quand je fais les exercices pour la mémoire, je commence à trois heures parce que je sais que les gens font peut-être la sieste jusqu'à deux heures, pour que les soins puissent les lever, leur donner le thé. Essayer vraiment de faire en sorte pour que je puisse être la plus indépendante au niveau de mon fonctionnement, que je ne dépende pas trop d'eux. Je ne sais pas, peut-être c'est lié aussi à ma manière de fonctionner, d'avoir toujours fait les choses seule et de devoir faire au plus urgent. » Ce

mode de fonctionnement explique sans doute la vision dont l'ICUS de gériatrie me fait part quant à la collaboration avec l'animation : « C'est vrai qu'on se voit de temps en temps dans le couloir comme ça... Il n'y a rien de formel. » De même, l'assistante en soins en psychogériatrie partage aussi une collaboration plutôt informelle avec l'animatrice socioculturelle : « C'est l'animatrice qui vient. Nous on a programmé avec elle, c'est le jeudi après-midi. Alors elle vient toujours vers nous en demandant "Qui je peux prendre ? Qu'est ce que tu veux qu'on fasse (loto, tarte aux pommes, chant...) ?". Elle, elle propose. Nous, on dit un peu ce qu'elle peut faire. » L'aide soignante ajoute même : « L'animatrice elle va à la rencontre des patients et elle demande notre avis, mais principalement c'est elle qui va vers les patients. Parce que du fait qu'elle voit, qu'elle fait une liste, elle va à tour de rôle. Bien sûr, la première personne qu'elle va voir c'est toujours l'infirmière et après elle vient vers nous pour demander notre avis. Puis, après c'est elle qui fait le rendez-vous en fin de compte. » Enfin, l'aide soignante admet, malgré les différentes pressions liées au rendement, toujours conserver une place pour la relation, même si cette dernière se fait toujours plus mince : « Mais, je crois que moi, ou mes collègues, on accorde toujours un moment dès qu'on peut, même si on a un patient qui est angoissé, qui est démentifié aussi. Il a besoin d'avoir un moment où on peut prendre le temps de discuter avec lui, de lui donner ses repères, de le rassurer. » De même, elle essaie de conserver un rôle d'observatrice et être, même lors de courts moments, partie prenante des activités d'animation.

9.4.5. Freins et opportunités liés la collaboration actuelle

Outre le temps qui influe sur le comportement des soignants et de l'animatrice, la collaboration entre soins et animation est également influencée par des situations de patients de plus en plus lourdes. Cette évolution de la prise en charge va donc aussi nécessiter des réajustements en termes de contenus sur lesquels collaborer. L'ICUS de psychogériatrie l'a d'ailleurs compris : « Il va falloir vraiment cibler les activités selon le type de personnes qu'on a et le type de participants. Parce qu'il faut pas placer la barre trop haut, ça pourrait augmenter l'angoisse des personnes. Faut essayer de faire participer aussi des gens qui participent à très peu de choses. » Pour sa part, l'animatrice réalise déjà le constat suivant : « Il y a beaucoup de choses dont on doit tenir compte. Moi je trouve qu'il y a beaucoup de contraintes dans un milieu comme ça, par rapport au fonctionnement de l'institution. » En cela, la prise en compte toujours plus particulière des différentes catégories de patients pourrait être perçue comme une contrainte supplémentaire. Mais, dans un autre sens, elle permettra sans doute, à l'avenir, de rapprocher soins et animation socioculturelle, et de changer le regard porté sur cette dernière. En effet, l'animation socioculturelle sous sa forme actuelle semble trop limitée pour répondre aux exigences que nécessiterait une vraie collaboration interdisciplinaire avec les soins, un poste à 60% pour toute la clinique : « C'est une petite part, mais il faut montrer quand même qu'on est là et qu'on a l'envie de faire bouger un peu les choses. » précise l'animatrice. Une des opportunités futures de l'animation à la clinique sera donc peut-être de légitimer une augmentation de ses moyens ou une meilleure participation active des soins à son intervention dans la prise en charge de situations plus spécifiques, plus complexes, nécessitant davantage de compétences, d'échanges entre soignants. Dans cette optique, la psychogériatrie semble déjà vouloir réinvestir du temps pour de l'animation : « On n'a pas énormément de temps pour être présent avec l'animatrice. C'est pour ça qu'on va commencer une formation avec l'ASSC et moi comme ICUS. En fait, c'est une formation de "colporteurs couleurs". C'est un peu comme le clown relationnel. A travers des couleurs, des tissus, du toucher, la relation, on va commencer ça en septembre et, comme ça, on pourra vraiment mettre sur pied cette activité pour les patients qui ne peuvent peut-être pas sortir, peut-être pas participer aux activités qu'elle fait ici, l'animatrice. Pour essayer de mettre aussi un peu de couleur dans le service, faire un peu des choses à travers le toucher, les couleurs, à travers la relation. » De même, dans un second temps, une telle démarche devrait permettre de resserrer les liens entre soignants et animation : « J'aimerais qu'il y ait plus de participation, plus de collaboration avec l'animatrice. S'il y en avait plus, certainement qu'on pourrait collaborer de manière plus intensive et mettre sur pied des projets plus intéressants. Justement, cette animatrice a fait

cette formation "colporteur couleurs" et l'idée c'est aussi de collaborer avec elle parce que c'est des activités qui se font au moins à deux, trois soignants. »

9.4.6. Synthèse de la thématique

La collaboration entre l'animation et les soins est qualifiée de « pauvre », « triste », « pas définie », « pas planifiée » par les soignants. Pour expliquer ce point de vue, ces derniers citent toute une série de facteurs influant sur la collaboration : le pourcentage limité de l'animatrice, le manque de personnel, un temps de présence différent de celui de certains responsables des soins, la multiplicité des acteurs impliqués dans certains événements de l'animation et enfin l'évolution des situations de patients qui influe notamment sur les attentes que les soignants nourrissent par rapport à la prise en charge réalisée par l'animatrice.

De son côté, cette dernière constate que le manque de temps des soignants se répercute sur sa collaboration avec eux. En effet, c'est désormais à elle d'assumer une partie des transports des patients en salle d'animation. Afin de répondre à cette nouvelle contrainte, elle a donc dû revoir son organisation et limiter sa prise en charge. Ce nouveau changement l'a donc conduite à développer des modes d'actions individuels, permettant de recourir le moins possible aux soignants. Désormais isolée, il est intéressant de constater que l'animatrice ne collabore que de façon informelle avec les soignants qui ont, de leur côté, intégré un certain nombre de colloques dont le colloque interdisciplinaire afin de rencontrer régulièrement les autres intervenants du processus de soin.

9.5. Les perceptions de l'animation socioculturelle

9.5.1. Traitement de la thématique abordée

Au travers de cette thématique, il s'agissait de mieux connaître les perceptions que les soignants se faisaient des soins à prodiguer aux patients et plus particulièrement de l'intervention de l'animation socioculturelle. Par ailleurs, demander sur quoi et comment l'animation communiquait à l'interne et vers l'extérieur, était l'occasion de mieux prendre connaissance de l'ampleur des contenus et des formes de communication utilisés par l'animation socioculturelle pour se promouvoir et être mieux comprise. Enfin, questionner les soignants sur leurs perceptions, visait à permettre une meilleure connaissance de leurs attentes par rapport à cette intervention et de comprendre la définition qu'ils s'en font, puisque peu de documents écrits permettent de s'en faire une idée précise. L'animation socioculturelle était-elle facilitatrice de la prise en charge réalisée par les soignants ? Les soignants partageaient-ils une approche commune du patient avec l'animation ?

9.5.2. Sens de l'animation socioculturelle pour les soignants

A l'heure actuelle, l'animation socioculturelle est souvent perçue comme répondant à une visée occupationnelle. L'ICS en fait d'ailleurs clairement mention : « Moi je vois plus dans de l'occupationnel que dans du thérapeutique l'animation. Il ne faut pas oublier que nous on est un milieu hospitalier et la priorité c'est la prise en soins, donc il y a une place à l'animation mais elle est moins importante avec les années. » Pour elle, l'animation ne se vend pas suffisamment ou a essayé sans succès. Elle admet cependant ne pas connaître les objectifs de l'animation socioculturelle en milieu hospitalier, d'autant qu'elle ne dispose presque d'aucun document¹⁰⁹ sur lequel s'appuyer pour mieux comprendre cette intervention et qu'elle n'est pas directement en lien, d'un point de vue hiérarchique, avec celle-ci. L'ICS salue toutefois l'initiative ayant conduit à la mise sur pied de l'atelier « Colporteurs Couleurs » : « Ça je pense que c'est vraiment un projet en lien avec la personne âgée, la

¹⁰⁹ Les seuls documents à disposition de l'ICS sont le planning et la procédure qualité présentes en annexe.

personne démente. » De même, elle tient à préciser : « Je pense que l'occupationnel a sa place aussi et certains patients sont intéressés, apprécient, puis d'autres pas du tout. » Pour sa part l'ICUS de gériatrie plaide pour le développement d'une relation bio-psycho-sociale intégrée aux soins : « En faisant la toilette, il y a quand même un petit moment où on peut discuter. Puis, c'est la façon de faire... On peut laisser tous les patients dans les chambres ou les amener au salon pour les faire discuter entre eux. Pour moi ça fait partie des soins. C'est un soin. » Défendant cette même idée, l'infirmière de gériatrie ajoute : « C'est quand même relever encore les capacités des personnes, les motiver, donner une autre façon de faire les choses parce qu'ils ont un handicap. Ça fait partie, d'une réhabilitation, d'une rééducation. » Pour l'ICUS de gériatrie, l'animation « c'est un concept d'établissement où tout le monde devrait se sentir concerné. » Cette dernière identifie d'ailleurs plusieurs objectifs communs à l'animation et aux soins. « Les objectifs communs c'est le patient déjà. C'est son projet, c'est mettre de la vie dans sa vie. Animer pour moi, c'est permanent et ça doit se faire par tout le monde. Il n'y a pas que le soin. Il y a toute la vie. Et c'est vrai que c'est important pour avoir envie de continuer à vivre. Parce que pour ces personnes là, ça doit être triste quand même... Si vous savez que vous allez être placé, les petits moments de bonheur c'est important. C'est peut-être plus important que d'être bien lavé. »

De même, l'ICUS de gériatrie pose également un regard intéressé sur le développement de l'atelier « Colporteurs Couleurs » qui se veut être une activité spécifique destinée aux patients démentifiés et qui s'appuie sur l'utilisation de tissus, de textures et de couleurs différentes pour susciter différentes sensations et émotions aux patients. Pour l'ICUS de gériatrie, le développement d'une telle activité permet d'intégrer également à l'intervention de l'animation socioculturelle des personnes davantage limitées dans leurs actions et étant peut-être plus nécessitées de l'animation que d'autres patients qui bénéficient de davantage de ressources pour s'occuper. Enfin, avec la mise sur pied de ce type d'animation, on part davantage du patient pour réaliser des activités qui lui correspondent, ce qui relève davantage de sa vision de l'animation.

L'ICUS de psychogériatrie dresse aussi le bilan d'une animation socioculturelle plutôt vouée à une fonction occupationnelle, de « passe-temps ». En cela, elle explique l'intérêt de développer « Colporteurs Couleurs » : « c'est pour ça qu'il y a ce but de faire aussi pour les pensionnaires avancés, quand il n'y a plus la communication verbale, par les touches, par les couleurs. Parce qu'il y a toujours une communication qui existe, jusqu'à la fin. On parle même aux gens qui sont en fin de vie et qui sont inconscients, donc on peut toujours mettre un peu de vie jusqu'au bout... » Pour elle, l'animation se doit de plus en plus d'être défendue et a une place qui se justifie tout autant, sinon davantage, que par le passé : « Nous, on a de moins en moins, comme soignants, de temps auprès du patient. Il faut qu'il y ait des gens, une autre catégorie de personnes, qui soient là pour animer un peu et donner un petit peu de sens à ces journées aux personnes qui sont là ». L'infirmière clinicienne parvient d'ailleurs à un constat similaire : « Elle, elle a du temps à leur consacrer. C'est tout un après-midi ou sur plusieurs heures. Elle va discuter de leur histoire de vie, de leur famille. Ils vont des fois chanter ensemble, ils vont évoquer le passé. Toutes ces petites choses que nous, je dirai, on a quand même moins le temps de faire. »

Cependant, l'infirmière clinicienne ne semble pas partager la vision d'une animation portée par tout l'établissement : « Moi je verrais plutôt quelque chose de parallèle. On ne converge pas forcément. » L'ICUS de psychogériatrie conclut, pour sa part, en expliquant le sens que devrait revêtir, à ses yeux, l'animation dans un milieu hospitalier. Outre une revalorisation de la personne, il s'agirait de : « créer le lien, aider la personne à retrouver un peu de confiance en elle, trouver du plaisir, donner du plaisir, du sens à sa vie, occuper le temps de manière intelligente. » Enfin, pour elle, l'animation revêt également un intérêt tout particulier pour l'image qu'elle véhicule : « Ça communique l'image un peu. Ça peut être l'image un peu de ce qu'on offre dans le service. S'il y a peu d'animation et que les gens viennent en visite et qu'il n'y a jamais rien... »

Les assistantes en soins portent, quant à elles, plusieurs observations sur l'animation, tirées de leur pratique. Pour l'assistante en soins de gériatrie, l'animation revêt également un rôle occupationnel : « Je dirais c'est ça. On a essayé de les occuper trois heures et puis voilà... »

Par contre, pour l'assistante en soins de psychogériatrie, l'animation permet de sortir du contexte hospitalier et de dédramatiser la maladie : « Alors, c'est sûr que quand l'animatrice vient avec des fleurs, des chants, de la musique, des glaces, des gâteaux, ça sort du contexte. Quelquefois, je pars aussi en balade avec les patients en bas dans les vignes. On parle d'autre chose que de toujours la problématique [de santé]. » De même, elle se reconnaît aussi comme une branche associée de l'animation : « Oui. Sur le plan thérapeutique oui. Ce n'est pas difficile pour nous. Ce n'est pas un contexte différent. C'est des branches associées je dirais, parce que bander des jambes à une dame le matin et lui donner l'occasion d'écrire ou de faire un dessin, pour moi ça a de la valeur les deux, autant l'un que l'autre. Parce que l'être humain il vit pas que du corps, il vit d'un tas de choses. » Enfin, pour l'assistante en soins en psychogériatrie, l'animation permet d'alléger la situation vécue par le patient, d'apporter du divertissement, de sortir du soin, de la thérapie et des recommandations. A travers, l'intervention de l'animatrice, il s'agit donc de répondre à un objectif de convivialité, de stimuler, de maintenir en éveil. Ces animations sociales permettent aussi aux soignants d'avoir une autre relation avec le patient : « Quand on fait des activités d'animations sociales comme ça, alors là on reçoit de la reconnaissance parce que les patients ne sont plus dans la thérapie. »

Pour l'aide soignante de gériatrie, l'animation trouve aussi son sens au cœur de la relation : « L'animation, je pense, ça peut être aussi de prendre le temps d'aller vers un patient pour discuter, prendre le temps de s'asseoir, d'écouter sa souffrance, même une histoire de vie, des événements qu'il a passés difficilement. Ce n'est pas de l'occupation seulement, c'est aussi une histoire de partage. » De même, l'aide-soignante rejoint aussi l'assistante en soin de psychogériatrie, considérant que l'animation permet le maintien des acquis, redonne des repères au patient. « Finalement, ça l'aide à se maintenir, à faire des choses qu'il n'a peut-être pas connues ou qu'il a connues, et ça l'aide à se réaliser en quelque sorte. Je vous donne un exemple très simple. J'ai un jour un monsieur qui vient vers moi et qui me dit : "Vous savez ce que j'ai fait hier ? J'ai toute ma vie rêvé de danser une valse et hier j'ai dansé une valse. C'était à l'animation. " et il était émerveillé. Je ne sais pas comment vous dire. C'est peut-être un exemple simple mais parfois c'est des choses qui peuvent apporter beaucoup à une personne qui face à son âge, sa maladie, qui en fin de compte se rend compte qu'elle peut encore partager des choses. » L'aide-soignante ajoute même d'autres exemples, observant que l'animation permet aussi au patient de dédramatiser sa maladie, ce qu'il vit, qu'elle lui permet d'être valorisé, de s'ouvrir aux autres et à lui-même ainsi qu'à des choses qu'il ne pensait plus arriver à faire.

Cependant, l'assistante en soins de gériatrie a un avis plus mitigé sur les objectifs auxquels l'animation permet de répondre. Dans un premier temps, elle relève quelques points positifs : « Globalement. Un bien-être pour le patient. La sensation d'être utile, d'avoir du plaisir, de faire autre chose que ce qui se passe ici, de pouvoir participer avec d'autres patients d'autres étages qu'ils ne connaissent pas. » Cependant, dans un second temps, elle constate aussi qu'il y a aussi l'effet inverse : « le sentiment de plus savoir faire, de plus pouvoir parler, de plus avoir de mémoire, de plus savoir chanter. Il y a aussi ce côté-là qui peut être difficile... C'est aussi des sentiments qui sont difficiles. Puis, en plus, ils peuvent être beaucoup ensemble, et il y a aussi le regard des autres. Franchement ce n'est pas toujours facile pour eux de participer à des ateliers, comme ça. »

En résumé, même si les soignants partagent une vision plutôt positive et utile de l'animation, les avis divergent quant à la place exacte que devrait occuper l'animation : concept d'établissement¹¹⁰, ou approche parallèle. De même, il semblerait qu'un certain nombre de soignants considèrent que l'animation réalisée à la clinique relève plus d'une approche occupationnelle que d'une approche thérapeutique ou de soins, souhaitée par beaucoup.

9.5.3. Bienfaits de l'animation socioculturelle

Les bienfaits, ou au contraire, les insuccès de l'animation socioculturelle en milieu hospitalier en partie mentionnés ci-dessus ont été à plusieurs reprises évoqués par les soignants. En

¹¹⁰ Cette vision voudrait que l'animation ne soit pas simplement la préoccupation de l'animatrice socioculturelle mais qu'à travers chaque soin apporté, chaque professionnel de l'institution soit sensible à cet aspect de la relation à l'autre.

effet, l'ICUS de gériatrie constate : « Il y a des patients où on voit qu'ils ont envie d'aller et c'est vrai que pour avoir assisté à des trucs, on voit qu'ils passent un bon moment. Déjà rien que ça, c'est déjà fantastique. C'est bon pour le moral. C'est bon pour l'appétit. » De même, l'assistante en soin de psychogériatrie observe : « Quand on voit qu'ils font des lotos et qu'il y en a qui suivent tous les chiffres, qu'ils arrivent bien. Alors qu'on n'imagine pas, qu'ils ont des troubles cognitifs énormes. Mais il y en a de ceux qui m'ont fait des dessins : des montagnes, de la forêt, les petits mayens, les petits chalets là, la même chose qu'ils ont appris sur les bancs d'école, il y a cinquante ans. »

Cependant, tous les soignants ne sont pas convaincus par les bienfaits de l'animation. L'infirmière clinicienne de gériatrie précise : « Moi, je ne dirai pas avec tous. C'est vrai que des fois on a des patients qui reviennent de l'animation et qui sont contents. Ils reviennent "Ah on a passé un bon après-midi. On a bien parlé. Puis, j'ai rencontré une dame qui est à l'étage en dessous." Mais, je ne pense pas dans tous les cas parce que tous les patients n'y vont pas, et il y en a qui en reviennent en disant : "En tous cas, c'est la dernière fois que j'y vais !" ». De même, l'assistante en soin de gériatrie ajoute : « Donc ça peut apporter beaucoup. Mais, je pense aussi que parfois ça peut donner ce sentiment d'échec. Des fois c'est un peu à double tranchant. Et puis, il y a des gens qui parfois n'ont pas envie d'aller : "Au loto ? Moi je n'ai jamais aimé le loto, je dois aller au loto ?" Nous on insiste. Ah oui souvent ils n'ont pas envie d'aller...Puis, je sais, là. Il y a une dame... Elle a eu ce sentiment d'échec et elle a décompensé. Donc on a l'ordre de ne plus l'amener à l'animation. »

Mais l'animation est aussi parfois un apport intéressant dans la prise en charge réalisée par les soignants, allégeant leur intervention bien que beaucoup s'en défendent. L'aide-soignante me cite un exemple : « Je prends l'exemple, on avait un monsieur qui laissait pas dormir son voisin de chambre. Alors on a pensé le lever plus longtemps la journée. Le soir on a souvent pas besoin de lui donner un somnifère parce que les nuits se passent mieux. Mais, un patient qui n'a rien à faire de la journée...Avec l'animation, on a moins besoin de dire : "voilà ! Le patient, il est agité sur son fauteuil." Pourquoi il est agité ? Parce que chaque fois qu'on passe à côté de lui, on lui dira : "Attendez ! Je vais venir. Je n'ai pas le temps. Maintenant, restez tranquille ! Tenez votre verre. Buvez !" Au bout d'un moment, cette personne, elle a quoi ? Moi, si moi on me ferait ça... Au bout d'un moment je taperai sur la table et on me donnerait un calmant pour que je reste tranquille. »

Cependant, même si cette fonction d'occupation est reconnue par une majorité des soignants, l'assistante en soin de gériatrie se défend bien d'admettre, pour sa part, que l'intervention améliore l'état du patient : « Je n'ai pas l'impression que ça change grand-chose. Ils ont vite repris leurs petites habitudes. S'ils se plaignaient d'une douleur avant, ils se plaignent de douleurs encore. Ils n'en parlent pas. Ils reviennent...C'est rare les personnes qui disent : "J'ai fait ça c'était chouette." Et nous non plus, on va pas vers eux en leur demandant : "Alors qu'est ce que vous avez fait ?". Enfin, cette dernière admet néanmoins que : "Nous, ça nous arrange souvent parce qu'il y a deux, trois personnes qui sont pas là dont on ne doit pas s'occuper." L'animation semble donc aussi permettre aux soins de se décharger un peu en améliorant la gestion du temps de certains patients durant la journée.

9.5.4. Attentes par rapport à l'intervention de l'animatrice

Au vu du sens idéal ou de la place idéale que les soignants aimeraient que l'animation socioculturelle occupe au sein de la clinique, un certain nombre d'attentes ont été formulées. L'animation devrait par exemple être davantage thérapeutique, selon l'ICS. De même, la prise en charge devrait être plus ciblée afin de pouvoir prendre en compte également les patients déments, désorientés et déambulants. Par conséquent, les activités réalisées devraient davantage être mise en lien avec les pathologies et troubles des patients.

Ensuite, nombre de soignants souhaiteraient également voir l'animatrice participer aux colloques interdisciplinaires et y prendre une part active. Selon l'ICS, une telle démarche permettrait par exemple « aux médecins de l'identifier » et permettrait de travailler différemment avec l'animation, pour « un bénéfice un peu plus important pour le patient. ». De même, toujours selon l'infirmière cheffe de service, au travers du colloque interdisciplinaire, l'animatrice « a un grand rôle à jouer sur le fait d'être reconnue des avis

des soignants, de pouvoir intervenir dans la prise en charge du patient, de faire des propositions, d'amener ses observations. » Cependant, afin de réaliser quelque chose de plus thérapeutique, l'ICS relève aussi qu'il faudrait davantage de personnel, ou améliorer encore davantage la collaboration entre ergothérapie et animation. Enfin, l'infirmière cheffe de service estime que l'intervention occupationnelle pourrait perdurer auprès de patients en lit d'attente, même si cela nécessiterait sans doute la mise sur pied de structures intermédiaires où « vraiment là, l'animation a un rôle à jouer important ».

Pour l'ICUS de gériatrie, l'animation socioculturelle se devrait davantage d'intervenir sur les étages. Ceci permettrait aux soignants de mieux voir les activités réalisées et ainsi d'être davantage sensibilisés et de prendre conscience des bienfaits de l'animation sur le patient. En effet, selon elle, l'animatrice socioculturelle intervient un peu dans un lieu caché, à l'écart. Cette attente semble d'ailleurs faire écho à une remarque de l'assistante en soins du même étage : « Elle ne vient pas beaucoup sur l'étage. J'ai beaucoup de contact avec les femmes de ménage, l'ergothérapie, la physiothérapie et le médecin, mais l'animatrice très peu. C'est vrai que pour moi c'est presque un monde à part. C'est le 4^{ème} étage. Je sais pas trop ce qui s'y passe. Enfin, pour moi, peut-être pour mes collègues pas du tout. »

D'autre part, pour l'ICUS de gériatrie, il faudrait davantage d'animation dans la vie de tous les jours, dans le quotidien. En effet, souvent les patients sont seuls. Le recours à des bénévoles, « des gens qui sont une présence », permettrait peut-être de générer davantage d'échanges, par exemple durant les repas. De même, une meilleure diversification des activités d'animation permettrait sans doute de mieux répondre aux différents besoins des patients, en s'adaptant à eux et en partant d'eux pour construire des activités. Enfin, toujours selon l'ICUS de gériatrie, pour que l'animation puisse être vécue par les patients au quotidien, il faudrait également que les équipes soignantes puissent intégrer cette approche, qu'elles puissent « mettre de la vie dans les soins », en mettant par exemple en relation deux patients qui viennent d'un même endroit.

Pour l'assistante en soin de la gériatrie, davantage de personnel devrait peut-être permettre de toucher un public plus large, plutôt que de se cantonner aux personnes les moins atteintes. De même, elle aimerait que dans l'idéal l'animatrice bénéficie de davantage de temps d'intervention et qu'elle puisse prendre un nombre de patients plus élevé. Relevant le problème des personnes en attente, elle ajoute : « Je trouve qu'il faut aussi être plus de personnel dans l'animation ou en tout cas plus de temps. »

En ce qui concerne la psychogériatrie, une des attentes formulée par son ICUS passe naturellement par la mise en place de l'atelier « Colporteurs couleurs » censé recréer le lien entre les soins et l'animation et permettre la mise en place d'une nouvelle collaboration. De même, en faisant occuper à certains soignants une fonction d'animation, il s'agit aussi d'établir une relation différente avec le patient, et de cibler davantage les activités selon le type de personnes qu'on a et le type de participants, comme l'a déjà évoqué précédemment l'ICS.

Enfin, selon l'ASSC de psychogériatrie, il serait bon que l'animation bénéficie d'un peu plus de temps d'intervention dans ce service, vu que, pour l'instant, elle n'intervient qu'une après-midi par semaine. Pour sa part, l'animatrice socioculturelle admet que son petit pourcentage l'oblige à davantage s'occuper des patients et du terrain que de l'aspect communicationnel même si elle concède qu'il y a à faire à ce niveau-là : « C'est vrai que ça serait bien de pouvoir expliquer, dans l'idéal, ce qu'il y a derrière comme philosophie. L'enjeu c'est un peu de trouver du temps pour pouvoir expliquer les projets, les objectifs qu'il y a derrière... »

Enfin, pour l'ICS, les changements en cours devraient permettre de répondre à certaines attentes. Par exemple, récemment, il a été demandé à la physiothérapie, à l'ergothérapie et à l'animation socioculturelle de présenter leur travail quotidien aux médecins assistants et aux nouveaux médecins. En collaboration avec l'animatrice de l'hôpital, avec laquelle l'ICS souhaiterait des rapprochements, une présentation a donc été préparée. Cette dernière permettra donc peut-être aux médecins de mieux identifier l'animation et de mieux comprendre les objectifs auxquels elle répond. De plus, l'ICS rappelle que le département de réhabilitation auquel est rattachée l'animation est relativement neuf et qu'à l'avenir, des attentes sans doute plus précises seront formulées par ce département : « Il va y avoir des attentes par rapport à ces professionnels en terme d'objectifs d'institution, de service. Peut-

être qu'à ce moment-là il y aura plus de transparence pour pouvoir faire le point, voir un petit peu où on en est. Ça va peut-être nous amener à se questionner sur la place de l'animatrice : "Où on va ? Qu'est ce qu'on fait ? Quel est le besoin institutionnel ?" Et à ce moment-là, il faudra peut-être qu'on aille vers le département pour dire : "nous on aurait besoin d'un petit peu plus, quels sont vos moyens ?" ou qu'on redéfinisse à quels moments l'animation intervient. »

9.5.5. Contraintes liées à l'intervention de l'animation socioculturelle à la clinique

Egalement évoquées par les soignants, un certain nombre de contraintes ne favorisent pas l'animation socioculturelle. Tout d'abord, d'un point de vue architectural, l'animation socioculturelle se trouve au 4^{ème} étage, hors des services de soins et dans un lieu peu passant. Par conséquent, à moins de se rendre exprès sur place, il n'est guère aisé de voir ce qui s'y passe. Cette disposition dans le bâtiment explique d'ailleurs certainement la raison pour laquelle plusieurs soignants souhaiteraient davantage d'animations réalisées sur les étages. Par ailleurs, le fait que l'animatrice soit toute seule à 60 % la limite aussi en termes d'énergie. Plusieurs soignants le relèvent d'ailleurs, à l'image de l'ICUS de gériatrie : « Mais je sais, elle est toute seule. Et franchement toute seule, elle fait aussi ce qu'elle peut. » ou de l'infirmière de gériatrie : « Je pense que c'est pas évident d'être animateur socioculturel en milieu hospitalier parce qu'il y a un éventail de choses qu'on pourrait faire qui est énorme, après il y a un pourcentage qui est donné à cette animatrice, puis il y a une variété de personnes hospitalisées, puis on peut pas être partout ». Ce temps d'intervention limité explique d'ailleurs la faible présence de l'animation en psychogériatrie, une après-midi par semaine. Enfin, avec les transports parfois à réaliser et la complication des situations de patients, l'animatrice se retrouve aussi davantage limitée en termes d'activités réalisables.

9.5.6. Activités mises en place par l'animation socioculturelle

Plusieurs fois citées par les soignants, les activités de loto, de chant, de décoration des services et les ateliers mémoire semblent être celles que les soignants identifient principalement. Beaucoup d'entre eux ont notamment émis un avis très positif sur le fait de décorer le service avec les patients lors de fêtes ou d'événements particuliers dans l'année. L'ICS note d'ailleurs que c'est aussi une occasion pour l'animation de gagner en visibilité : « On voit ce qui se passe parce qu'elle a des activités avec les patients. Elle rythme des moments forts de l'année donc on sait qu'il y a eu un passage de l'animation. » Outre ces activités, la peinture et l'atelier cuisine du vendredi en collaboration avec l'ergothérapie, sont également plusieurs fois évoqués. Une ASSC mentionne même également un passage à la bibliothèque avec une patiente. Enfin, les anniversaires sont également évoqués par plusieurs soignants de la gériatrie.

9.5.7. Synthèse de la thématique

Les soignants adoptent deux regards sur l'animation socioculturelle : tantôt une perception réelle et tantôt une perception plutôt idéalisée. En effet, pour beaucoup de soignants, l'animation répond surtout, à l'heure actuelle, à une fonction occupationnelle. Cependant, les soignants les plus proches des patients semblent quelque peu nuancer ce propos. En effet, certains évoquent des notions de partage, de convivialité, de maintien ou encore de stimulation dans leurs descriptions des actions menées par l'animation. Enfin, nombreux sont les soignants qui voient des lendemains meilleurs pour l'animation. Par la mise sur pied d'un atelier destiné aux personnes démentes en psychogériatrie, une meilleure promotion de l'animation auprès des médecins, la formulation d'attentes par le département de réhabilitation ou encore l'intégration de l'animation aux soins, la vision de l'animation socioculturelle pourrait évoluer.

Cependant, certains soignants mettent également en lumière le risque de mise en échec et la confrontation aux regards des autres inhérents à l'intervention de l'animation. Par conséquent, les perceptions des soignants par rapport à l'animation demeurent mitigées même si beaucoup espèrent voir l'animation occuper plus de place, que ce soit sur les étages, dans le quotidien du patient, au travers d'activités plus diversifiées, par une meilleure prise en compte des patients plus atteints, ou encore par une participation au processus interdisciplinaire.

9.6. La communication entre soins et animation socioculturelle

9.6.1. Traitement de la thématique abordée

La thématique abordée avait pour but de connaître les acteurs avec lesquels le service d'animation communique, d'identifier les formes de communication utilisées et les contenus abordés, et enfin de détacher les attentes des différents acteurs de la collaboration en termes de communication afin d'en faire un état des lieux. Puis, dans la mesure du possible, il s'agissait aussi de vérifier l'esprit d'ouverture, ou au contraire le cloisonnement entourant les différentes équipes de soins et de savoir qui était le plus demandeur de la communication : les soins ou l'animation ?

9.6.2. Acteurs avec lesquels les intervenants communiquent

Pour les soignants, une communication est menée avec toute une série d'acteurs. En effet, chaque semaine un colloque interdisciplinaire a lieu avec la physiothérapie, l'ergothérapie, la diététicienne, la CORIF et les médecins et médecins assistants. De même, au sein de l'équipe, des colloques ont lieu tous les trois mois, et celle-ci se réunit trois fois par jour pour échanger des informations. Les échanges entre acteurs sont donc variés et nombreux. L'animation a, pour sa part, une relation privilégiée avec l'ergothérapie avec qui elle échange des informations et met notamment en place l'atelier cuisine du vendredi. De plus, elle coordonne régulièrement des activités avec l'aumônerie lors d'événements durant l'année. Enfin, lors de manifestations, elle est aussi appelée à collaborer avec le service technique et l'hôtellerie. Au quotidien, elle se doit bien sûr également d'œuvrer avec les différentes équipes de soins. Enfin, quelques soignants et tout particulièrement ceux de psychogériatrie font également mention de collaborations avec les familles.

9.6.3. Types de communication utilisées

Déjà mentionné précédemment, le dossier patient Phoenix reste le principal document écrit formel qui permette aux soignants de collaborer avec l'équipe interdisciplinaire. De même, le colloque interdisciplinaire demeure un rendez-vous incontournable afin de discuter du projet, de la situation du patient. Cependant l'animation socioculturelle n'y participant pas pour des questions d'horaires, la communication entre soins et animation se réalise principalement de façon orale et informelle. L'ICS en fait d'ailleurs le constat : « C'est beaucoup plus oral avec l'animation, peut-être par difficulté à utiliser l'outil informatique ou à avoir un document peut-être plus spécifique à son secteur. »

En réalité, l'animatrice a accès à Phoenix en lecture seulement et ne peut donc y ajouter des informations, bien que la création d'une rubrique « animation » soit en projet. De plus, l'animatrice socioculturelle fait mention d'un colloque auquel elle a par le passé participé mais qui n'a pu être maintenu. Ce colloque était principalement destiné à discuter des patients avec les équipes de soins. De même, l'animatrice remplit également des petits papiers destinés aux différents services concernés lors de manifestations ou d'emprunts de locaux. Enfin, elle note également les manifestations dans les agendas des infirmières afin qu'elles y amènent les patients. De plus, elle transmet régulièrement des informations sur les patients à amener en salle d'animation à l'aide de plannings A4 disposés dans les gardes

des infirmières des différents étages. Enfin, pour s'assurer que l'information soit bien passée, elle recourt souvent aussi à des rappels par oral, soit de visu, soit par téléphone.

En termes de communication destinée à la promotion des activités d'animation, l'animatrice produit aussi des affiches pour faire connaître des événements et elle passe auprès des patients afin de les informer des activités régulières proposées par l'animation.

En ce qui concerne les soignants, les types de communication auxquels ils recourent semblent plus variés. En effet, au sein de l'équipe et avec l'animation, l'ergothérapie et la physiothérapie, beaucoup d'informations semblent être transmises par oral et de façon informelle. Par contre, des colloques réguliers ont lieu avec les autres intervenants. Par exemple, l'ICUS de gériatrie me parle de sa participation tous les quinze jours à des colloques d'équipe destinés à échanger avec l'ICS. De même, elle fait également mention de colloques médicaux mensuels réunissant notamment les chefs de la physiothérapie et les médecins chefs. Enfin, à ces réunions, il faut encore ajouter les colloques d'équipes journaliers et trimestriels, et le colloque interdisciplinaire hebdomadaire, sans oublier « l'espace parole » destiné à permettre un échange sur les perceptions que les soignants se font du patient et auxquels les assistants en soins participent.

Par conséquent, une culture d'une communication orale formelle se présentant sous la forme de colloques semble bien ancrée chez les soignants. De même, la communication orale informelle est également monnaie courante au sein des équipes de soins. L'ICUS de gériatrie m'explique par exemple qu'elle essaie de faire passer l'information directement auprès de chaque professionnel aussi bien par oral en les rencontrant qu'au sein des colloques. En effet, les horaires variés des différents membres de l'équipe ne permettent pas de toucher tous les soignants concernés à travers les colloques d'équipe seulement ; le processus prendrait alors trop de temps. De même, l'infirmière clinicienne avoue également privilégier l'oral à l'écrit dans ses contacts avec ses collègues et l'équipe interdisciplinaire : « Sinon, moi je fonctionne beaucoup plus par oral... On vit tous ensemble tous les jours. On est là. On se connaît. On connaît les personnalités de chacun. » Enfin, l'assistante en soins de gériatrie précise encore : « C'est plutôt par oral. Le problème c'est toujours le temps. C'est très important dans les changements d'équipe, les rapports. ». De plus, elle ajoute que la communication avec la physiothérapie, l'ergothérapie et l'animation se réalise quasiment toujours par oral, le plus souvent par l'entremise du téléphone ou de rencontres dans les couloirs.

Enfin, lorsque j'interroge les soignants sur le mode de communication employé lors de leurs échanges avec l'animation, l'utilisation de l'écrit n'est jamais citée. Pour l'infirmière clinicienne, l'animatrice doit cependant avoir accès à Phoenix, outil que beaucoup de soignants admettent employer afin d'aller chercher des informations. De même, le recours à une communication orale informelle semble quelque peu ténu dans certains cas. En gériatrie par exemple, l'infirmière et l'assistante en soins constatent que les échanges avec l'animatrice se réalisent relativement rarement : « On a très peu d'informations. Comme ça, quand on se voit dans le couloir ou qu'elle ramène quelqu'un ». Pour sa part, l'infirmière de gériatrie constate que la communication n'a lieu que « rarement par oral. On ne sait pas si les patients ont réussi, s'ils étaient cohérents, s'ils étaient agiles... » et jamais par écrit. Néanmoins, d'autres soignants ont un avis moins catégorique sur l'état des communications avec l'animation. L'ICUS de psychogériatrie et l'infirmière clinicienne précisent par exemple que l'animatrice passe régulièrement pour prendre des informations sur les patients, ou connaître les activités réalisables par rapport à la population visée. Enfin, l'utilisation d'une communication orale, plutôt informelle, avec l'animatrice, ne semble pas déranger l'aide-soignante. Pour cette dernière, c'est avant tout la communication qui est essentielle : « On sait certaines choses mais on partage avec la personne ce qu'on a vécu sur le moment. Moi je suis toute contente quand je peux aller voir ma collègue et lui dire "Madame m'a parlé de ce qu'elle a vécu." et puis l'autre personne me dit "Ah oui, elle m'a parlé de ça." Puis, ça se rejoint... C'est important pour mieux comprendre, surtout dans les désorientations parce qu'on a quand même pas mal de patients qui ont des démences. Puis, de savoir aussi s'ils ont un entourage familial et tout ça parce que ça c'est important aussi. »

9.6.4. Contenus abordés

Parmi les contenus abordés avec l'animation, il est souvent question des patients, de leur état de forme, des choses auxquelles prêter attention pour leur sécurité en termes de mobilisation et de régime alimentaire. De même, il existe aussi toute une communication liée à l'organisation, à la coordination d'activités et d'événements par l'animation socioculturelle, avec les différents secteurs de l'institution. Par contre, la communication liée au projet du patient, au retour à domicile, au placement, à l'organisation générale de la collaboration, ou encore à la vision de la prise en charge par chaque acteur est totalement absente des sujets abordés, selon mes observations. En effet, aucun des acteurs interrogés ne la mentionne. De plus, selon l'ICS, le feedback de l'animation sur les activités réalisées et les comportements des patients n'est pas systématique. Ceci peut sans doute s'expliquer en partie par l'absence de l'animatrice lors des colloques interdisciplinaires. L'ICS explique d'ailleurs que c'est à cette occasion que les situations des patients sont discutées : « Quel est l'objectif à atteindre et quels sont les projets futurs, soit retour à domicile, soit placement ? Là on définit soit au niveau physio, ergo si les objectifs fixés sont atteints, si on peut poser une date. Quel est le projet ? Est-ce que c'est un placement ? Est-ce que c'est un retour à domicile ? Qui contacte les proches ? Est-ce qu'il y a des aménagements à faire en vue du retour ? Est-ce qu'il faut développer la prise en charge par le centre médico-social, à quelle fréquence, à quel rythme ? »

Ensuite, autre point abordé, l'animation n'est que « citée » dans les dépliants présentant la clinique aux patients et à leurs proches. Cette présentation sommaire peut peut-être s'expliquer par la réalisation d'une communication surtout fonctionnelle de la part de l'animation : « C'est vraiment aller à l'essentiel » explique l'animatrice. Du coup, peu d'actions de promotion des objectifs et des activités d'animation sont réalisées auprès des soignants ou des autres acteurs de l'institution. Par conséquent, à moins que la personne qui réalise les dépliants ne soit sensible à cette question, l'animation reste méconnue et est seulement citée dans les documents promotionnels de l'institution. Enfin, il est intéressant aussi de constater que l'animation ne ressent peut-être pas le besoin d'être davantage promue à travers les documents institutionnels. En effet, l'animatrice socioculturelle réalise elle-même les affiches, et autres documents destinés à la promotion des activités d'animation. C'est également elle qui coordonne les différentes activités destinées à marquer les différents temps et événements de l'année. Par conséquent, cette habitude de fonctionner de manière solitaire explique peut-être l'évocation de contenus de communication limités au strict minimum et souvent réalisés par l'animatrice elle-même, y compris en ce qui concerne la promotion de l'intervention.

Enfin, signe encourageant, certains soignants s'estiment bien informés par rapport aux activités d'animation ayant lieu au sein de l'institution. L'infirmière clinicienne cite par exemple la mise à disposition de prospectus : « Les prospectus c'est sur certaines activités et là, dernièrement, c'était sur cette formation qu'elle avait faite... » De même, l'assistante en soins de gériatrie conclut : « Si ça se fait dans toute la maison ou même à l'hôpital et tout ça, alors là on est très bien informé. On n'est pas dans l'ignorance. On sait tout ce qui se passe dans la maison. On est partie intégrante de toute la maison et même de l'hôpital si des fois il y a des expositions. »

9.6.5. Attentes des différents acteurs liés à la communication

Pour un certain nombre de soignants, à l'image de l'infirmière cheffe de service, la communication formelle avec l'animation se devrait d'être davantage développée. L'ICS de psychogériatrie ajoute même : « Je pense, ça peut être important qu'on formalise une réunion, au moins une fois par mois. Il n'y a pas assez d'évaluations et de bilans. Je trouve qu'on ne va pas assez vers elle. Je ne sais pas si elle le fait avec l'équipe...Mais avec moi, cette rencontre et ce feedback, ça n'existe pas. Alors c'est quelque chose qu'il faudrait mettre sur pied pour améliorer la qualité ». De même, l'ICS souhaiterait également davantage d'échanges par mails. Enfin, selon l'animatrice socioculturelle, le feedback n'est effectivement pas systématique et reste relativement sommaire : « Si tu veux, le retour ça se

limite à "ça c'est bien passé." S'il y a eu un problème, je vais le dire. Mais je ne passerai pas dix minutes à discuter... Peut-être ça c'est un truc à améliorer mais ici ils ont déjà tellement d'informations, de papiers à remplir... » Cependant, tous les soignants semblent témoigner également de la difficulté de communiquer et tout particulièrement de faire passer des informations de manière à ce qu'elles restent. L'infirmière de gériatrie s'explique : « Donc il y a des tonnes et des tonnes d'informations. Puis, ça rechange. Ça revient comme c'était. Puis, si les informations ne passent pas, ça ne roule pas. Si les gens n'ont pas les informations, ils ne peuvent pas travailler. Puis, ils s'énervent. » L'infirmière clinicienne réalise également un constat similaire, se retrouvant parfois empruntée dans l'attitude à adopter pour que les équipes intègrent les informations qu'elle fournit. En effet, il faut bien prendre en compte que la clinique est au cœur de plusieurs changements qui pourraient encore modifier les modes de collaborations et de communications sur lesquels les intervenants s'appuient aujourd'hui. La place de l'animation pourrait notamment être encore redéfinie différemment, s'intégrant au processus interdisciplinaire ou adoptant une visée davantage thérapeutique. Par conséquent, il n'est guère évident d'imaginer ce qui devrait être mis en place à l'avenir, mais il semble évident que l'animation devra de toute façon adopter une communication plus formelle afin de gagner en présence au cœur de l'intervention liée aux patients. Ainsi, elle bénéficiera peut-être aussi de davantage de reconnaissance, comme le souhaiterait l'animatrice qui a le sentiment de parfois manquer de soutien de la part des autres intervenants.

9.6.6. Synthèse de la thématique

La communication entre les soins et l'animation se réalise principalement de façon informelle et par oral. De plus, l'animatrice se doit de communiquer avec beaucoup d'acteurs issus de cultures professionnelles différentes : soins, hôtellerie, aumônerie, service technique... De leur côté, les soignants semblent également adopter une communication plutôt orale, tantôt formelle et tantôt informelle. En effet, par la proximité spatiale dans laquelle ils évoluent, il est souvent aisé pour les soignants de se transmettre des informations par oral. Les rencontres formelles, réalisées sous forme de colloques, permettent de traiter du projet du patient et de bénéficier du feedback des autres intervenants du processus de soin. L'animatrice ne participant à aucun colloque, nombre de soignants regrettent le peu de retours dont ils bénéficient de sa part. Enfin, certains soignants souhaiteraient également formaliser une réunion ou encore communiquer davantage par mails avec l'animatrice. Ainsi, de nouveaux sujets de discussions que ceux traitant de l'état de forme du patient ou de l'organisation d'activités et d'événements par l'animation pourraient peut-être aussi émerger.

9.7. *Les Défis et enjeux identifiés par les professionnels sur leur pratique future*

9.7.1. Traitement de la thématique

La thématique traitée avait pour but de mieux comprendre les enjeux et les défis liés à l'intervention de chacun des professionnels interrogés, qu'il s'agisse de pratiques de soins, d'animation, ou d'enjeux liés aux équipes et à la structure, comme la communication et la collaboration entre professionnels. En répondant à ces questions, l'idée était donc de détacher la mouvance dans laquelle se situait les différents professionnels et de pouvoir ainsi mieux comprendre où leur attention se portait actuellement. Cela devait permettre de mieux identifier le lien qu'ils entretenaient avec leur environnement ainsi que les contraintes et les opportunités qui y étaient liées.

9.7.2. Les défis liés aux pratiques de soins et d'animation

Parmi les défis liés aux pratiques de soins et d'animation, plusieurs soignants relèvent le fait que l'animation devrait mieux prendre en compte les personnes plus atteintes ou démentes.

Ainsi, l'infirmière de gériatrie déclare : « Pour avoir travaillé huit ans dans un EMS avant, je me suis rendu compte que la façon dont les patients sont préparés et entrent en EMS, ça fait toute la différence après... Puis des fois, on a des patients, ils sont restés 7-8 mois ici. Puis tout d'un coup, du jour au lendemain, ils partent. Parfois, les familles, elles ne sont pas prêtes pour les amener alors c'est quelqu'un qu'ils ne connaissent pas du tout qui vient les chercher et les amener dans l'EMS. Après, les familles, elles viennent dans l'après-midi, ou elles les attendent à l'EMS. Mais ça, pour la personne âgée, c'est vraiment difficile à vivre. On devrait avoir des fonds qui sont libérés pour ça, pour qu'on puisse, une fois qu'on sait où il va être placé, aller l'après-midi, visiter la maison, boire un café, voir dans quoi il va venir. Pour moi, ça fait aussi partie du soin. Mais, paraît-il que dans les soins on ne peut pas faire ça parce qu'on n'a pas le temps. Ils ont le temps en psychogériatrie, mais pas avec les personnes âgées autres qui ne sont pas hospitalisées en psychogériatrie. Mais je me disais que ça pouvait aussi faire partie de l'animation ça. Mais paraît que je suis une grande utopiste. Peut-être qu'en fin de carrière, j'aurai gain de cause. Faut revenir à la charge parce que c'est important. Et on a vu les personnes qui sont vraiment restées longtemps chez nous, elles ne font pas tellement long en EMS. Tout d'un coup elles sont complètement déstabilisées. Elles comprennent plus rien. Elles ont perdu tous leurs repères, puis il faut tout recommencer. » L'assistante en soin de gériatrie, pour sa part, ajoute : « On n'a pas tous les éléments pour connaître la personne. Puis, c'est des courts séjours. Ils ne restent pas longtemps. Pour un séjour moyen, je dirais trois semaines, un mois. Il y a un génogramme et une histoire de vie sur Phoenix mais c'est souvent vide. Parfois, on ne sait même pas le métier que la personne a fait. » Il semblerait donc que des améliorations pourraient être apportées afin de faciliter le passage de la clinique en EMS. Cela fait aussi partie de la qualité des soins.

Dans un autre registre, l'autonomie physique et psychique du patient préoccupe également les soignants. Il est donc important d'amener la personne à conserver une image positive d'elle-même, de ne pas l'infantiliser, et de pouvoir intégrer l'animation et la spiritualité aux soins de base afin de davantage prendre en compte le patient dans sa globalité. Pourtant, pour l'ASSC de psychogériatrie, le défi est plutôt de savoir quels soins « lâcher ». En effet, la charge en soins toujours plus importante se doit d'être réalisée dans un temps toujours plus court. Du coup, il devient difficile pour les soignants de réaliser tous les soins nécessaires à la qualité de vie du patient.

Pour l'assistante en soins de gériatrie, suivre les mêmes patients durant toute la journée devrait permettre d'améliorer le suivi et donc la qualité. Enfin, pour l'animatrice socioculturelle, un des défis est de pouvoir définir à partir de quand intervenir avec le patient, puisque cela ne semble pas indiqué au début, lorsque le patient est encore dans des soins aigus. De même, dans l'idéal, l'animatrice souhaiterait aussi davantage faire partie du quotidien du patient et être plus perçue par les patients comme un lien vers l'extérieur.

9.7.3. Les défis liés à la collaboration

La collaboration, déjà largement évoquée ci-dessus, demeure la pierre angulaire de l'intervention en milieu hospitalier. En effet, de nombreux professionnels différents interviennent auprès du patient, adoptant tous un point de vue qui leur est propre. Il est donc essentiel de pouvoir échanger avec ces derniers afin de construire une vision de l'intervention qui puisse être optimale. A cette fin, l'ICS souhaiterait notamment que l'animatrice socioculturelle prenne davantage de place dans la collaboration avec les soins. De même, l'infirmière clinicienne souhaiterait pouvoir passer plus facilement des informations aux équipes soignantes et mieux revaloriser les assistantes en soins dans leur rôle. Enfin, un autre défi cher à l'infirmière clinicienne passe par une plus grande autonomie des équipes.

9.7.4. Les défis liés au développement des différents services

Le service d'animation souhaiterait bénéficier de plus de moyens, notamment financiers. L'animatrice se compare d'ailleurs, sur ce point, à certaines collègues oeuvrant en EMS et

qui bénéficient de subventions de la loterie romande pour réaliser leurs activités et admet que les différences de budget la laissent songeuse... De même, un autre objectif-clef de l'animation consisterait à faire perdurer le service. Pour les soins, les défis futurs passent par l'intégration des nouvelles formations d'ASSC au sein des équipes et la mise sur pied de références par patients, de diagnostics infirmiers et la formation d'équipes plus polyvalentes, capables de réaliser des prises en charges en soins palliatifs. Enfin, un défi important pour l'ICS passe par la gestion des demandes qui sont en augmentation.

9.7.5. Synthèse de la thématique

Pour les soignants, plusieurs défis liés à leur intervention passent par un meilleur suivi du patient, une meilleure circulation de l'information liée à la prise en charge ainsi que la formation et l'autonomie des équipes de soins qui doivent désormais intégrer de nouvelles notions comme les diagnostics infirmiers. De plus, certains soignants relèvent la nécessité d'améliorer le passage du patient de la clinique à l'EMS et de réaliser également une meilleure approche des patients plus dépendants. Pour se faire, ils souhaitent mieux collaborer avec l'animation qui, ils l'espèrent, pourra également œuvrer sur l'image que le patient a de lui-même. Pour sa part, l'animatrice souhaiterait bénéficier de davantage de moyens, notamment financiers, afin de pouvoir s'adapter aux nouveaux défis que devra relever l'intervention à l'avenir.

9.8. Interprétation des données récoltées

9.8.1. Objectif de la démarche

A travers cette seconde partie de l'analyse, il s'agit d'établir différentes hypothèses de compréhension liées aux données recueillies et de les mettre en parallèle avec la théorie évoquée dans la première partie de ce travail. Ainsi, cela pourrait mener à un approfondissement ultérieur de la réflexion menée ici.

9.8.2. Interprétations liées aux six thématiques développées

9.8.2.1. La définition des différentes formes d'intervention

Suite aux entretiens réalisés auprès des différents professionnels, j'observe qu'un élément paraît commun à tous les intervenants : le temps. En effet, le temps ou plutôt le manque de temps, semble être un élément conditionnant l'intervention de tous. Afin de mieux en comprendre les raisons, il est important de replacer cette observation dans le contexte qui entoure notre système de soins aujourd'hui. Depuis plusieurs années, nous sommes devant une augmentation endémique des coûts liés à la santé. Depuis la seconde guerre mondiale, le domaine de la santé n'a cessé de se développer, répondant toujours mieux aux attentes des patients. Aujourd'hui, nombre de maladies peuvent être soignées. De même, il est possible de maintenir en vie plus longtemps des patients qui autrefois auraient été condamnés. Cependant, les progrès de la médecine et la spécialisation qui en découle représentent aussi un coût. Afin de le limiter au maximum, les séjours hospitaliers se sont raccourcis. Désormais, après quelques jours d'hospitalisation, le patient rentre souvent chez lui. Ceci a donc pour conséquence de permettre de répondre à l'augmentation des demandes dues à une population vieillissante plus encline à connaître des problèmes de santé. Mais, pour les soignants, de telles mesures modifient aussi la prise en charge qui devient plus lourde, tout particulièrement en gériatrie. Ce changement explique en partie, les raisons pour lesquelles les soignants se trouvent de plus en plus limités dans le temps qu'ils peuvent consacrer à l'intervention. Mais une autre explication possible provient sans doute de la volonté des citoyens de bénéficier de davantage de transparence. Par conséquent, les soignants se voient également pressés de réaliser davantage de rapports sur leurs activités et ne peuvent plus assumer toutes leurs fonctions comme auparavant. Devant ces nouvelles

contraintes liées à leur intervention, les soignants se doivent donc de laisser de côté certaines choses et souvent l'intervention relationnelle¹¹¹ qui n'est pas prise en compte dans la logique de rendement qui conditionne leur intervention. Pourtant, idéalement, les soignants rejoignent l'animation et certains d'entre eux considèrent même que l'animation devrait être davantage intégrée aux soins dans une approche commune, interdisciplinaire. Mais dépendant d'un temps toujours plus réduit, les soignants doivent surtout parer au plus pressé : soigner ce qui se voit, prendre en charge physiquement les personnes, sauvegarder les apparences. Seulement, à long terme, cette prise en charge bio-psycho-sociale évoquée encore par les soignants risque d'être de plus en plus délaissée, si le côté relationnel n'arrive pas à être revalorisé, à être considéré comme une prestation qui mérite qu'on lui accorde du temps. Cela pose aussi la question de la qualité des soins, comme l'évoquait l'assistante en soin de gériatrie. Paradoxalement, la volonté de bénéficier de toujours plus de transparence semble parfois amener une baisse de la qualité par le temps que cette démarche prend aux soignants, temps qui se répercute d'ailleurs sur la collaboration avec l'animation, comme évoqué ci-dessous.

9.8.2.2. Le contrôle institutionnel

Par rapport au contrôle institutionnel, les soignants semblent adopter un point de vue nuancé. En effet, l'augmentation de la traçabilité de leurs actions leur a permis d'être mieux protégés et de bénéficier de données plus complètes afin d'intervenir auprès du patient. Le dossier Phoenix par exemple, mieux documenté que les anciens cardexs, offre de multiples avantages : amélioration de la circulation des informations, une traçabilité des données commune, sans oublier davantage de transparence. Enfin, le LEP laisse, pour sa part, davantage sceptique. Censé permettre d'évaluer le rendement des équipes de soins, il ne prend pas en compte la relation aux patients ainsi que les recherches liées aux pathologies, et donc sans doute la formation des équipes par la clinicienne. Bref, l'outil paraît influencer le soignant quant à la réalisation de certaines prestations plutôt que d'autres. De même, il semble difficilement fiable. Comme le précise une assistante en soin, chacun peut y mettre ce qu'il veut... De plus, la mise en place de cet outil suscite quelques questionnements chez certains soignants qui peut-être y voient le début d'une crise de confiance. En ce qui concerne l'animatrice, elle semble relativement épargnée par cette nécessité de transparence. Néanmoins, il se pourrait que cela génère tout de même une certaine inquiétude liée à une probable obligation future de devoir rendre des comptes sur ses activités, alors qu'elle bénéficie d'un temps de travail limité.

9.8.2.3. La collaboration entre soins et animation socioculturelle

La collaboration entre les soins et l'animation socioculturelle est plutôt informelle, s'effectuant selon les besoins ou sur le moment. Aucune trace écrite n'en est réalisée. De même, il semblerait que ce soit plutôt l'animatrice qui en soit demandeuse, en général. En effet, par sa situation dans le bâtiment, et par sa non participation au processus interdisciplinaire, elle paraît quelque peu esseulée au sein de la structure, considérée par certains soignants comme une intervention parallèle. Enfin, son intervention demeure limitée dans les différents services. En psychogériatrie, elle n'intervient, par exemple, qu'une après-midi par semaine, en gériatrie, lors de deux après-midi hebdomadaires et en salle d'animation, à l'occasion d'une matinée pour le dîner du vendredi et d'une après-midi pour l'atelier mémoire. Cette présence, bien qu'importante par rapport à son pourcentage, demeure néanmoins limitée pour être suffisamment visible au niveau des équipes de soins. De même, l'animation semble subir quelque peu les conséquences de la logique de rendement à laquelle les soins doivent répondre. En effet, les transports des patients en salle d'animation, autrefois assumés par les soins, sont désormais irréalisables. Bien souvent, c'est à elle d'aller les chercher. De plus, le manque de temps pour collaborer, évoqué par les soignants, isole encore davantage l'animation qui ne bénéficie plus que d'une opportunité de réaliser des activités communes avec les soins : en psychogériatrie à travers la mise en place d'un atelier

¹¹¹ En effet, comme en fait mention une soignante l'intervention relationnelle entre dans la valeur C du LEP et n'est donc pas comptabilisée dans les prestations reconnues par le LEP.

« Colporteurs Couleurs ». Pourtant, un cloisonnement des soins et de l'activité socioculturelle aurait très certainement des conséquences néfastes. Ayant déjà eu lieu à un autre niveau¹¹², elle nécessite désormais le recours à des « gatekeepers » ou à la mise en place de services de généralistes au sein même des urgences des hôpitaux. Enfin, le fonctionnement de l'institution, très hiérarchisé et regroupant un nombre important d'interventions, amène l'animation à dépenser énormément d'énergie dans la distribution de l'information, la vérification d'une bonne transmission, compréhension et intégration des communications par les différents intervenants.

9.8.2.4. Les perceptions de l'animation socioculturelle

Parfois considérée par les soignants comme un moyen de se décharger de certains patients, l'animation socioculturelle est souvent perçue par les soins comme remplissant uniquement une fonction occupationnelle. Pourtant, nombreux sont les soignants à souhaiter qu'elle bénéficie de davantage de moyens, notamment en personnel, afin de pouvoir mieux intégrer les objectifs thérapeutiques et réaliser des activités plus diversifiées. Cependant, même si certains soignants souhaiteraient une intervention davantage intégrée aux soins et s'adressant à des cas plus lourds, à une population plus dépendante, plusieurs soignants mettent également en garde contre les effets de l'animation sur les patients. D'ailleurs, une assistante en soins cite notamment le cas d'une dame ayant décompensé suite à une séance d'animation où elle s'était trouvée en échec. Par conséquent, je m'interroge : peut-être que le « choix » qui conduit les patients à suivre telle ou telle animation est parfois réalisé de façon un peu précipitée. En effet, avec une population encore plus limitée, il m'apparaît donc essentiel d'établir des critères précis destinés à choisir des patients pour qui l'animation soit profitable. Enfin, il me semble aussi important que cette redéfinition de l'intervention de l'animation par les soignants n'occulte pas la prise en charge réalisée actuellement auprès des patients en attente d'un placement ou d'un retour à domicile.

9.8.2.5. La communication entre soins et animation socioculturelle

L'analyse de la communication entretenue par l'animation et les soins révèle une quasi inexistence de l'écrit. De même, les communications semblent surtout avoir lieu de façon informelle et par oral. En général, les contenus abordés font état des patients, de leurs capacités physiques et cognitives, ainsi que de l'organisation, la coordination d'activités et d'événements pilotés par l'animation. Par contre, la communication liée au projet du patient, retour au domicile ou placement, à l'organisation générale de la collaboration, à la vision de la prise en charge par chaque acteur est totalement absente des contenus évoqués par les soignants et l'animatrice. Enfin, il semblerait que les soignants nourrissent différentes attentes quant aux communications futures avec l'animation. L'ICS souhaiterait, par exemple, rendre plus formelle la communication avec l'animation et améliorer les feedbacks, ce qui permettrait sans doute de gagner en visibilité, de répondre à un besoin latent d'autres soignants et de sortir peut-être d'une communication uniquement focalisée sur le patient pour parler de l'intervention de l'animation.

9.8.2.6. Les défis et enjeux identifiés par les professionnels liés à leur pratique

Un des enjeux relevé par plusieurs soignants est lié à l'autonomie, que ce soit celle des équipes ou encore celle des patients. En effet, selon mon expérience, le soignant peut parfois être tenté de réaliser certains gestes lui-même par souci de gain de temps. Par exemple, en EMS, une infirmière m'expliquait un jour qu'en déplaçant les patients en chaise, on rendait la réalisation de certains transports possibles, acceptables dans la plage de temps à disposition. Si tel n'avait pas été le cas, ces derniers mettraient alors trop de temps à être

¹¹² La spécialisation et le cloisonnement des soins et la séparation de l'intervention relationnelle, sociale de l'intervention physiologique, santé ont déjà généré de nombreux problèmes et coûts à notre système de soin actuel. Si un cloisonnement devait avoir lieu entre les soins et l'action socioculturelle, nul doute qu'à la place de conséquences économiques, cette fois-ci la qualité de la prise en charge serait remise en cause.

effectués et cela dérangeait l'organisation des soins et de l'institution. De même, le temps semble faible pour bousculer les habitudes, discuter des rôles et des pratiques et ainsi se détacher de l'intervention liée aux patients. En effet, comme l'évoquait une soignante, l'activisme ambiant dans lequel les équipes soignantes se trouvent confinées empêche de réfléchir, de réinventer des modes de faire et de collaboration. Enfin, un des défis évoqués notamment par l'assistante en soins de psychogériatrie consiste à se questionner sur les soins à abandonner. Il est vrai que la psychogériatrie étant le service interrogé qui a le plus conservé de soins relationnels, il se retrouve désormais face à un problème épineux : « Où gagner du temps pour conserver du temps relationnel ? » Cependant, la solution proviendra peut-être d'un regroupement des services. A l'avenir, la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et la psychogériatrie devraient former qu'une seule entité ce qui va nécessiter des professionnels mieux formés, mais aussi générer une économie en terme de locaux et un accroissement probable du personnel destiné à traiter des différentes situations de patients. De plus, à l'avenir, un suivi plus individualisé des patients grâce à des soignants référents devrait amener à une réorganisation des soins et donc modifier encore les modes de communication actuels et les moyens dont les soins pourraient se doter afin de collaborer avec l'animation. En effet, la part relationnelle est importante dans un monde de plus en plus individualiste, dans un contexte où les liens familiaux ne sont plus toujours aussi forts que par le passé, où les familles sont souvent éclatées et où le poids du monde du travail pèse toujours plus fortement sur les individus. Enfin, dernier enjeu, il semblerait que la frontière entre animation et soins devienne de plus en plus indistincte. La question passe donc aussi, pour l'animation, par le fait de pouvoir mieux définir sa plage d'intervention. En effet, si l'intervention entre dans un champ plus thérapeutique, au sens où les soignants l'entendent, il sera important de pouvoir conserver du temps de travail destiné aux patients en attente de retour à domicile ou de placement, car dans ce domaine le besoin va sans doute croître fortement.

10. Vérification des hypothèses de recherche

A l'aide de l'analyse faite au point précédent, il va s'agir de vérifier les hypothèses de compréhensions réalisées au début de cette étude. Bien qu'une réponse catégorique ne puisse être donnée à ces dernières, l'étude a néanmoins permis de dégager plusieurs faits, destinés à mieux illustrer les hypothèses posées en début de travail et à nuancer également certains propos.

Hypothèse 1 : L'action socioculturelle en milieu hospitalier n'existe pas au niveau de la définition de la profession d'animateur socioculturel

Dans un premier temps, l'étude s'attachait à étudier les liens que les milieux de l'animation socioculturelle entretenaient avec le champ hospitalier. Il s'agissait de questionner les formateurs, les associations de professionnels de l'animation socioculturelle, ainsi que de mettre en parallèle la définition qu'une animatrice du terrain hospitalier faisait de sa pratique et le référentiel romand de compétences.

Bien que cette partie ait dû, une fois de plus pour des raisons de temps, ne s'appuyer que sur des entretiens réalisés auprès d'un seul représentant de la formation et d'un seul représentant des associations professionnelles (les autres entretiens étant réalisés par téléphones ou par mail), il paraît intéressant de faire quelques constatations. Tout d'abord, la formation des animateurs socioculturels se veut en premier lieu une formation générique. En ce sens, aucun module spécifique au milieu hospitalier ne saurait lui être consacré. Cependant, comme nous l'avons vu, en seconde partie de formation, l'existence de nombreux modules, cours et travaux à choix permet aux animateurs socioculturels sensibles à ce champ de le découvrir. En cela, il serait donc bon de nuancer cette hypothèse en constatant que le champ hospitalier est, en partie, intégré et défini au sein de la formation de base. De même, au niveau des associations de professionnels auprès desquelles j'ai prospecté, même si les animateurs en milieu hospitalier semblent y occuper une place limitée, il faut nuancer ce constat par la proportion relativement restreinte de professionnels oeuvrant dans ce milieu et le nombre relativement limité d'associations de professionnels questionnées. Cependant, il est tout de même possible de constater que globalement les animateurs socioculturels issus de milieux hospitaliers semblent intégrer les mouvements associatifs professionnels, même s'ils ne s'y engagent pas forcément activement. Ceci m'amène d'ailleurs à réaliser une seconde constatation liée aux contenus abordés lors d'organisations de journées, conférences thématiques. Les animateurs socioculturels en milieu hospitalier étant relativement peu nombreux, les contenus, liés à ce milieu, abordés par les associations de professionnels se révèlent donc limités, voire presque inexistantes selon les cas. Enfin, en mettant en parallèle le référentiel romand de compétences de l'animation socioculturelle et le champ hospitalier, on peut constater que certaines fonctions remplies par les animateurs socioculturels en milieu hospitalier sont plus évoquées que d'autres, qui semblent presque absentes de leur pratique ou du moins qui ne sont pas du tout évoquées. En résumé, je constate donc que l'animation socioculturelle en milieu hospitalier n'existe que timidement parmi les associations de professionnels et qu'elle n'est intégrée que dans la seconde moitié de formation des animateurs socioculturels. De même, au vu des entretiens réalisés et des fonctions du référentiel de compétences auxquelles répond l'intervention, je pense que l'animation socioculturelle en milieu hospitalier doit encore évoluer, se renégocier, se co-construire en discussion avec les autres acteurs du milieu hospitalier afin d'être davantage perçue comme une intervention établie et de bénéficier d'une définition s'appuyant sur une ligne claire, reconnue communément par les professionnels de l'animation socioculturelle, les institutions de formation et les différents milieux de pratique.

Hypothèse 2 : L'action socioculturelle n'est pas comprise par les autres acteurs du monde hospitalier

Une seconde hypothèse questionnait le rapport qu'entretenait l'action socioculturelle, dans le cas présent l'animation socioculturelle, avec les autres acteurs du monde hospitalier. Pour se faire, elle partait du principe que l'animation socioculturelle n'était pas comprise par les autres acteurs de soins et s'appuyait sur l'étude d'un cas concret en clinique de gériatrie. Pourtant, au vu des objectifs mentionnés par les soins et des attentes formulées, il semble évident que certains soignants ont une vision relativement claire de ce qu'est l'animation ou du moins de ce qu'elle devrait être. Cependant, il faut ici également préciser que parmi les soignants interrogés, tous avaient déjà eu l'occasion d'être sensibilisés à l'animation, que ce soit lors d'expériences préalables dans des homes ou lors d'autres expériences professionnelles préalables à caractère social. Enfin, il semble nécessaire de prendre à nouveau en compte les contraintes liées au contexte d'intervention. Le temps, la prise en charge de situations toujours plus lourdes, le peu de visibilité et de poids dont souffrent l'animation l'empêchent de rejoindre la conception idéalisée que les soignants se font de l'animation socioculturelle et donc de construire une intervention et des actions concrètes communes. Par conséquent, la compréhension des objectifs d'animation et une vision partagée d'un concept d'animation institutionnel ne trouvent pas d'espaces communs où se rencontrer, tant la prise en charge et la collaboration sont pour l'heure limitées au besoin, au strict nécessaire et focalisées uniquement sur le patient. Néanmoins, pour être tout à fait juste, il serait bon de préciser que l'espoir est de mise vu que la mise en place d'un atelier commun en psychogériatrie pourrait peut-être débloquer cette situation dans le futur.

10.1. La question de recherche

Dans quelle mesure l'action socioculturelle, et plus particulièrement l'animation socioculturelle, est-elle valorisée au sein des structures hospitalières ?

A plusieurs reprises lors du travail, cette question m'a parue quelque peu étrange. En effet, une fois une première prospection théorique réalisée, je me rendis compte que ma belle théorie liée à l'action socioculturelle s'appuyait sur un ennui de taille. Le concept d'action socioculturelle n'existait pas ou du moins pas sous une forme suffisamment élaborée pour que je puisse le définir avec précision. Par conséquent, cela m'amena à réaliser des prospections supplémentaires auprès de différents professionnels. Je crus parfois me retrouver dans des terrains très éloignés de l'animation socioculturelle. De même, à de multiples reprises, la réalisation de la synthèse des différentes données liées à ce concept me parut impossible à réaliser, tant il était difficile de se distancer du contexte d'intervention, pour s'intéresser à l'intervention elle-même, dans une approche générale.

Autre concept m'ayant questionné durant cette étude, l'utilisation du terme « hospitalier » provoqua quelques fois des sursauts auprès des personnes interrogées. Le milieu hospitalier se devait-il également de comprendre les EMS ? Pouvait-on réellement associer ces deux interventions en estimant qu'elles répondaient aux mêmes objectifs, bénéficiaient de mêmes besoins, étaient reconnues de manière similaire ?

Personnellement, j'ai très vite écarté la question des EMS, estimant qu'il serait plus intéressant de chercher réellement à connaître l'approche clinique et ses particularités, notamment en terme de temps réduit de prise en charge, plutôt que de mener une approche comparative des deux interventions ou de se consacrer davantage à l'aspect EMS. En effet, l'animation réalisée en EMS semble davantage établie et bénéficier de plus de moyens, selon mon expérience réalisée dans ce domaine. Par conséquent, il m'apparaissait nettement plus judicieux de mettre, pour une fois, en lumière un aspect moins connu du métier et de le restaurer dans son unicité et non pas comme une sorte d'excroissance du champ des établissements médico-sociaux.

Cependant, il est difficile de répondre à la question posée ci-dessus. Souvent reconnue comme utiles par les soignants, les activités de l'animation n'en demeurent pas moins trop limitées de l'avis même de ces derniers. De même, l'animation socioculturelle ne s'appuie

sur aucun document écrit, à l'exception d'un document lié au processus de qualité décrivant de manière sommaire le processus d'animation et du programme hebdomadaire des animations en gériatrie. Mais, d'autre part, l'animation paraît sujette à un certain nombre d'attentes et d'intérêts de la part des soignants, ce qui tendrait à dire qu'elle bénéficie d'une place reconnue. Par contre, le peu d'échanges avec les différents acteurs de soins laisse présumer d'un certain isolement de l'animation, tout comme le fait que l'animatrice doive souvent être l'initiatrice de la collaboration ou de la communication tend à confirmer l'hypothèse qu'elle n'est pas valorisée et demeure un peu laissée pour compte dans l'intervention. Sa non participation au processus interdisciplinaire me conforte d'ailleurs dans ce point de vue. En résumé, il semblerait donc que le manque d'espaces d'échanges ne permette pas l'expression des attentes tant des soignants que de l'animatrice. Tout ceci nuit à une certaine valorisation du rôle et du sens à donner à l'animation. Par contre, au quotidien, l'animatrice est souvent perçue par les soignants au travers de ses activités qui sont considérées comme occupationnelles et rattachées à un public plutôt bien portant, en attente d'un placement ou d'un retour à domicile, mais déjà plus éloigné de l'intervention des soins.

10.2. Les pistes d'actions

10.2.1. Liées aux institutions formatrices et aux associations de professionnels

Souvent, les institutions formatrices et les associations de professionnels identifient le champ clinique hospitalier comme partie intégrante du champ regroupant les établissements médico-sociaux. Pourtant, il semble important que le champ hospitalier clinique puisse bénéficier d'une reconnaissance qui lui est propre. En effet, l'animation socioculturelle en milieu clinique doit pouvoir être davantage reconnue comme une intervention particulière qui doit œuvrer dans un environnement de soins et non un lieu de vie, ce qui implique outre des objectifs communs au champ des établissements médico-sociaux, la réalisation d'objectifs plus spécifiques destinée à la réhabilitation du patient et à la mise sur pied de moyens adaptés comme peut-être une intervention plus thérapeutique et susceptible, à l'avenir, de s'occuper également de patients plus diminués.

10.2.2. Liées à l'action socioculturelle

Il semble essentiel que le champ de l'action socioculturelle communique davantage sur ses activités et sur le sens qui y est lié. Un gros travail lié à la sensibilisation des directions hospitalières doit donc être effectué afin d'exister dans l'organigramme, d'être payé par l'hôpital, d'être reconnu comme une intervention nécessitant des lieux d'échanges et d'intervention plus adaptés. En effet, nombre de professionnels bénéficient de salles en sous-sol ou sous les combles, de lieux cachés, à l'écart des soins. Il est important de défendre le champ de l'action socioculturelle comme un champ en lien direct avec les soins, le médical, non comme un "à-côté" du médical. Alain Michaud¹¹³ l'évoque d'ailleurs : « C'est pourtant ce qui se passe déjà dans beaucoup de pays européens. Les médecins prescrivent dix, vingt, trente séances de psychothérapie un peu comme ils prescriraient de la rééducation ou de la thalasso. On appelle ça le paramédical. C'est exactement ce contre quoi je luttai : le champ de la psychologie comme un "à côté" du médical. Moi, le "para" médical, je l'entendais autrement : comme une protection, une prévention, contre l'hyper-médicalisation. » Enfin, j'ajouterais qu'une dernière piste à exploiter pour le champ de l'action socioculturelle est peut-être d'exister hors de la structure. Dans certains domaines, comme celui des médiathèques, des possibilités intéressantes de collaboration, voire de financement, pourraient, par exemple, être envisagées avec le service de la culture du canton concerné qui a souvent pour mission de favoriser l'accès de la culture à tous.

¹¹³ MICHAUD, Alain. – *A quoi ça sert un psy ? les infortunes de la psychologie à l'hôpital*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007 p.122

10.2.3. Liées à l'animation socioculturelle

Dans le cas de l'animation socioculturelle, il semble nécessaire que l'animation entre dans le processus d'intervention interdisciplinaire afin d'être plus reconnue et de briser l'isolement dans lequel elle paraît œuvrer actuellement. De même, en étant davantage présente sur Phoenix ou dans des espaces de communication formels, l'animation pourra sans doute mieux se vendre et faire comprendre les enjeux liés à son intervention. Ainsi, elle devrait être mieux perçue comme une intervention prodiguant du soin relationnel, réalisant des observations utiles aux autres soignants et pouvant apporter un réel avantage dans la prise en charge du patient. Enfin, l'obtention d'une position de cadre par un animateur socioculturel pourrait, à mon avis, permettre aussi de montrer des outils spécifiques au métier, notamment en terme de médiation entre les différents acteurs de soins. Toutes ces différentes actions devraient aussi permettre de se rapprocher des pouvoirs décisionnels et organisationnels et d'ainsi mieux valoriser le temps de préparation et de réalisation lié à l'intervention. Ceci devrait donc également conduire à un questionnement sur le temps laissé pour le feedback aux autres acteurs de soins ou encore à la hiérarchie. En effet, nombreux sont les animateurs socioculturels qui oeuvrent seuls et à temps partiel au sein des structures hospitalières, d'où une intervention limitée s'effectuant parfois dans l'urgence. Il est donc nécessaire de valoriser par une meilleure visibilité, proximité, voire promiscuité avec les soins, le temps passé auprès du patient. A travers une meilleure exploitation, voire appropriation des différents lieux de l'intervention, il m'apparaît davantage possible de réaliser des animations plus englobantes, en complicité avec les acteurs de soins et bousculant parfois une routine établie. Néanmoins, pour que cette intervention demeure possible, il est nécessaire de garder à l'esprit les perceptions des autres acteurs de la structure et les enjeux qui y sont liés, difficulté conséquente dans un tel milieu.

Autre point important à relever, l'animation se doit désormais de s'adapter à une population plus dépendante. Elle doit donc modifier son approche de la prise en charge et cela ouvre d'ailleurs la voie à de nouveaux questionnements : L'animation socioculturelle en milieu hospitalier se doit-elle de réaliser plus de prises en charges individualisées ? Ou devrait-elle réaliser davantage d'activités liées à des pathologies spécifiques, comme la déviance, les pertes de mémoire ?... Dans cette optique, l'animation socioculturelle doit donc se redéfinir, se co-construire en discussion avec les soins afin de répondre à de nouveaux besoins émergents et d'établir de manière plus formelle le champ d'intervention futur qui s'offre à elle : travail de réhabilitation auprès de patients retournant à domicile, travail d'accompagnement de patients destinés à être placés, travail de soutien et de mise en lien lié à des patients isolés du fait de leurs pathologies et enfin travail d'occupation auprès de patients en attente.

10.2.4. Liées aux soignants

Limités en temps et contraints à davantage de transparence, les soignants devraient, malgré une complexification des situations de patients, aller davantage vers l'animatrice, y voir une ressource en la sollicitant pour plus de retours sur les patients. En effet, l'animatrice, durant son intervention, agit auprès des patients dans un contexte différent de celui du soin, de la contrainte. En effet, en animation, le patient vient avant tout pour prendre du plaisir. Il se retrouve avec d'autres patients qui vivent parfois des situations similaires à la sienne. Lors de ces rencontres, des changements importants peuvent avoir lieu. En effet, le patient peut se sentir revalorisé, ou au contraire décompenser. De même, il va peut-être approcher son vécu d'une manière différente ou encore percevoir différemment le projet qui l'attend, retour à domicile ou placement. Bref, les soignants ont tout à gagner à communiquer davantage avec l'animatrice, à échanger aussi sur leurs conceptions des soins à prodiguer aux patients et surtout à faire part de leurs attentes par rapport à l'animation et à l'animatrice.

10.2.5. Liées à l'institution et au système de soins dans son ensemble

Pour moi, un premier point très important à améliorer au sein de l'institution passe par une véritable prise en compte du soin relationnel au sein des outils de contrôles et donc par les responsables d'institution. En effet, il semblerait que l'hôpital, suite à l'étatisation et aux progrès de la médecine, ait quelque peu dénigré ce côté social. Comme l'a si justement dit une assistante en soin interrogée, « le patient ne vit pas que du corps ». Par conséquent, l'intervention relationnelle se doit d'être considérée de manière plus égalitaire par les organismes de contrôle, sinon certains soins risquent d'être laissés pour compte et la qualité en pâtirait. En effet, éluder de façon définitive le soin relationnel reviendrait à considérer les patients de façon groupale, en fonction de leur pathologie. Le côté humain lié à l'intervention est donc essentiel afin que le caractère individuel du patient, son unicité, puisse être maintenue et reconnue.

D'autre part, il m'apparaît aussi important de rendre public la difficulté de plus en plus évidente, pour les institutions sanitaires, de concilier limitation des coûts de la santé et qualité de la prise en charge. L'étude réalisée ici en présente d'ailleurs certaines limites. En effet, il est clair que les progrès toujours plus incroyables réalisés par la médecine ont repoussé les limites de la mort très loin. Mais, actuellement, ces prises en charge plus complexes ont un coût. Un débat de valeurs, un débat éthique doit donc, à mon avis, émerger afin de pouvoir aussi définir jusqu'où les assurés et les citoyens veulent que l'intervention hospitalière aille.

Enfin, il serait bon que, dans la mesure du possible, l'institution offre davantage de moyens à l'animation afin qu'elle puisse aussi intégrer les changements que connaissent les situations de soins aujourd'hui. De même, la mise en place d'espaces de rencontres entre soins et animation, aussi destinés à échanger sur les différences de pratiques, amènerait sans doute un plus pour la qualité de la prise en charge et une meilleure coordination entre les différents professionnels concernés. Enfin, une communication plus horizontale, plus propre au social, permettrait sans doute une meilleure participation et expression des différents acteurs, notamment en terme d'attentes.

Pour conclure, j'évoquerais encore la question de la mise sur pied de structures intermédiaires, destinées aux personnes en attente ou encore l'amélioration de la prévention et du dépistage précoce de comportements liés à des problématiques sociales qui semblent toutes deux des enjeux majeurs afin que notre système de soins actuel puisse mieux contenir les coûts qu'il engendre. Alain Michaud¹¹⁴ relève d'ailleurs bien cette nécessité de meilleure orientation du patient : « Il y a des gens qui restent des semaines en observation dans les hôpitaux parce que les médecins n'osent pas les remettre dans la rue, là où les urgences les ont ramassés. L'hôpital ne peut pas servir d'hospice. Pas au prix où il fait payer ses journées à la collectivité. Ne croyez pas que je sois cynique. Je suis seulement pragmatique. C'est sa survie qui est en jeu. La nôtre, celle de notre système et de son développement. L'économie constitue toujours une limite au social. » Pourtant, je demeure convaincu que même la création de nouvelles structures ne pourra empêcher un nécessaire maintien du soin relationnel. En effet, les situations de soins se complexifient et il n'est pas rare de voir des patients relever autant de soins médicaux que sociaux. Cette coexistence du social et des soins se doit donc d'être maintenue même si des structures intermédiaires permettraient sans doute de mieux contenir le coût de telles interventions et de peut-être cibler de façon plus spécifique les attentes liées aux soins relationnels.

Enfin, autre défi pour les structures hospitalières, je pense que l'hôpital se doit aussi de redéfinir par rapport à la société et aussi à l'interne avec les acteurs qu'il emploie, les valeurs qui lui sont associées. En effet, Alain Michaud¹¹⁵ précise, par exemple, que les attentes liées au système de soins se sont modifiées. Il évoque ici l'exemple de la perception des médecins par les patients et leurs proches : « Leur liberté s'était encore réduite depuis que la

¹¹⁴ MICHAUD, Alain. – *A quoi ça sert un psy ? les infortunes de la psychologie à l'hôpital*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007 p.71

¹¹⁵ MICHAUD, Alain. – *A quoi ça sert un psy ? les infortunes de la psychologie à l'hôpital*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007 p.82

médecine était tombée sous la coupe de la justice et que les malades ou leurs familles portaient sur la scène juridique ce qu'ils n'avaient pas résolu sur la scène médicale. Les médecins se protégeaient derrière des procédures contraignantes, des protocoles de soins rigides, sortes d'algorithmes thérapeutiques étiquetés et brevetés. Les relations hiérarchiques perdaient de leur souplesse d'antan. C'était la médecine moderne, scientifique et sèche qui avait banni de ses tables l'esprit d'initiative. Autant dire la responsabilité individuelle. » De même, j'imagine que l'individualisme galopant qui touche notre société n'est pas sans conséquences sur le personnel hospitalier qui connaît peut-être davantage de difficultés qu'auparavant à travailler en équipe. Il paraît donc important de tenir compte des changements de perception que la société actuelle porte sur l'hôpital. Cela génère de nouvelles attentes, de nouvelles pressions et les structures hospitalières se doivent donc de prendre en compte, dans le cadre des interventions, des valeurs comme l'efficacité, le rendement. De même, la multiplicité des acteurs intervenant auprès du patient nécessite, aujourd'hui, davantage de collaboration, de solidarité, de confiance et de reconnaissance, valeurs qui semblent parfois obsolètes dans notre société moderne. Je pense que l'hôpital se doit de mener une réflexion approfondie sur la notion de valeurs pour conscientiser les différents intervenants à ces enjeux et aussi élaborer avec eux des solutions viables pour tous.

11. L'auto-analyse de la démarche

11.1. *Choix du sujet*

Au début de cette démarche de recherche, j'ai construit mon sujet en m'appuyant sur mes rapports de stages pré-hés traitant de deux expériences réalisées : l'une dans un établissement médico-social et l'autre dans une clinique de gériatrie. Petit à petit la question des difficultés de collaboration avec les soins m'amena à me questionner sur l'image que les soins posaient sur l'animation, et donc sur la question de la valorisation de l'animation socioculturelle dans un milieu clinique. Je pense qu'au travers de ce choix, j'ai pu davantage creuser les enjeux liés à cette intervention et mieux identifier les freins et les opportunités qui peuvent s'offrir à l'animation socioculturelle dans un tel milieu.

11.2. *Le cadre théorique*

Parfois me semblant bien éloigné de l'intervention de l'animateur socioculturel, le cadre théorique m'a néanmoins permis dans la suite de mon travail de mieux comprendre les raisons des contraintes que connaissent aujourd'hui les différents professionnels associés au milieu hospitalier. De même, je pense qu'au travers des différentes recherches menées, j'ai acquis une certaine aisance dans la structuration des informations. Cependant, il aurait peut-être été intéressant de creuser encore davantage l'aspect juridique lié à l'intervention en milieu hospitalier. Par exemple, en consultant les lois liées à la LAMAL, j'aurais pu peut-être mieux comprendre les relations qu'entretiennent les directions des structures hospitalières avec les assurances. Enfin, je crois qu'en développant toute une recherche liée à un champ potentiel de l'action socioculturelle, j'ai eu l'occasion de découvrir d'autres professions et de mieux comprendre en quoi elles connaissaient des situations communes à celles que l'on peut rencontrer en animation. Cette recherche exploratoire, bien que peut-être peu utilisée dans le reste du mémoire, pourrait, je pense, offrir une base en vue de tisser des collaborations avec d'autres acteurs intervenant au sein des structures hospitalières.

11.3. *Les hypothèses*

Souvent trop générales, les hypothèses formulées au début du travail, ont été à plusieurs reprises retravaillées avec ma directrice de mémoire, pour finalement être décomposées en sous points destinés à mieux cibler des indicateurs précis à étudier lors de la phase de recueil de données. Pour finir, la rédaction définitive des hypothèses fut élaborée lors de la fin du recueil des données conceptuelles. En effet, suite au développement du concept de valorisation, l'élaboration de deux hypothèses, l'une sur les perceptions des autres animateurs socioculturels sur le champ hospitalier et l'autre sur les perceptions des soignants par rapport à l'action de l'animation dans ce champ me parut être une nécessité. De là, les hypothèses se sont déclinées en différents indicateurs suffisamment concrets pour être observables sur le terrain.

11.4. *Les grilles d'entretiens*

Afin de recueillir les différentes informations liées à l'étude, j'ai réalisé un guide d'entretien directif avec des questions précises destinées aux différents professionnels interrogés dans le cadre de prospections liées à l'hypothèse 1. Ensuite, dans un second temps, tout comme je l'avais déjà fait lors de l'étude liée au champ de l'action socioculturelle, j'ai réalisé un tableau de trois colonnes dans lequel j'ai mis mes hypothèses, les questions servant à y répondre et les réponses que me transmettraient les différents professionnels interrogés. Lors des entretiens, j'ai toutefois constaté que certaines questions étaient trop générales et les gens les interprétaient différemment de ce que j'avais imaginé. J'ai donc souvent dû reformuler mes questions ou préciser des éléments, au risque peut-être parfois d'influer sur les résultats obtenus en revenant plusieurs fois à la charge pour préciser certaines indications.

11.5. *La réalisation des entretiens*

Ne disposant pas de l'enregistreur lors de mes premiers entretiens auprès des professionnels liés à l'animation socioculturelle, le travail de prise de notes effectué fut rendu possible par des questions plus ciblées. Néanmoins, je pense effectivement que le recours à un outil d'enregistrement aurait permis de gagner en qualité lors de l'analyse et de la retranscription des données. Par contre, lors des entretiens réalisés auprès des différents acteurs de l'action socioculturelle, le recours à l'enregistreur se serait sans doute révélé trop fastidieux en terme de gestion des données recueillies, c'est pourquoi, je n'ai enregistré finalement que les entretiens liés à la seconde hypothèse, soit neuf entretiens en tout. Les entretiens réalisés ont généralement tous duré entre 50 et 90 minutes. Souvent, il m'arrivait de reformuler les dires des professionnels interrogés afin de m'assurer de bien comprendre ce qu'ils souhaitaient exprimer. En quelque sorte, au fil des différents entretiens, j'ai souvent essayé de me mettre dans la peau de la personne interrogée pour essayer de comprendre sa perception, sa vision. Parfois, néanmoins, cela nous amenait sur un échange où je me retrouvais à mon tour questionné, ce qui quelquefois me gêna un peu, de peur qu'en sollicitant mon avis et en connaissant mon point de vue, le professionnel interrogé se sente influencé. Il ne fut pas toujours évident de bien cadrer les différents professionnels interrogés.

11.6. *L'analyse des données*

Le travail de retranscription et d'analyse qui découla des entretiens fut plus long que ce que j'avais imaginé. Le souci de rester proche de ce que les professionnels m'avaient transmis et la diversité des différents avis des professionnels m'amena à illustrer l'analyse de passablement d'exemples. En effet, une comptabilisation du nombre de personnes étant plutôt favorables à telle ou telle chose me paraissait moins adéquate vu le nombre de personnes interrogées. Par conséquent, l'utilisation de nombreuses citations et exemples me permit de relier les différentes thématiques abordées à du concret, à du factuel, bref à des choses sur lesquelles les différents professionnels avaient effectivement prise.

Une de mes grandes difficultés durant l'analyse passa sans doute par l'organisation des informations. En effet, souvent les différents éléments amenés par les professionnels pouvaient se retrouver dans plusieurs thématiques. De même, certaines thématiques traitées se révélaient passablement proches. Par exemple, la collaboration aurait très bien pu également contenir en son sein les perceptions que les soignants se faisaient de l'animation ou encore la communication entre les soins et l'animation. Bref, cette association des différentes idées clefs évoquées me prit également davantage de temps que ce que j'avais planifié à la base.

11.7. *Positionnement personnel*

Ce travail m'a apporté beaucoup et m'a appris à être plus rigoureux et à aller au fond des choses. De même, à travers cette étude, j'ai pu me rendre compte de la difficulté d'associer certaines données et de les analyser. Ce fut notamment le cas lors de la mise en parallèle de données provenant de livres lus et des entretiens réalisés sur le terrain avec les professionnels de l'action socioculturelle. Sous-estimant également au début le recours à une méthodologie, son utilisation me fut par la suite très utile afin de bénéficier d'un moyen de regrouper et d'interpréter les différentes informations recueillies.

Par rapport à la question de la valorisation de l'action socioculturelle en milieu hospitalier, je crois avoir touché ici une thématique relativement actuelle vu que dernièrement les journées de l'animation socioculturelle, dont un des buts est justement une meilleure promotion du métier, ont été organisées par le secteur A de l'AVALTS. De même, je pense qu'il reste encore passablement à faire afin de rapprocher soins et animation dans un tel milieu. Même si l'hôpital se veut un lieu de soins, il n'en demeure pas moins un lieu de vivants et je pense que l'animation a un rôle important à jouer aujourd'hui et à l'avenir dans le maintien d'une prise en charge relationnelle dans un tel milieu.

Cependant, je pense aussi que l'animation hospitalière est encore trop souvent considérée comme une approche marginale, au sein même des professionnels de l'animation socioculturelle. Pourtant, j'imagine que si les institutions de formations et les associations de professionnels soutenaient davantage ce milieu, cela pourrait également permettre d'ouvrir ce champ et d'offrir, sans doute, de nouveaux débouchés au métier. Enfin, je pense que le contexte actuel auquel doivent faire face les institutions de soins et le personnel qu'elles emploient ne sont pas forcément favorables à l'implantation de l'animation socioculturelle. C'est pourquoi il est important de réaliser de solides dossiers afin de vanter les bienfaits de l'animation auprès des responsables des structures hospitalières en prouvant que, par son intervention, l'animation garantit une certaine qualité de soins, une certaine qualité de vie, qu'il ne s'agit pas juste de l'occupationnel, que l'animation en milieu hospitalier est intégrée aux processus de soins ou, à défaut, doit l'être.

12. Conclusion

Comme évoqué déjà précédemment, l'animation socioculturelle à la clinique semble surtout être reconnue comme occupationnelle bien que plusieurs soignants relèvent que, dans l'idéal, cette dernière devrait occuper un autre rôle, plus thérapeutique, davantage destiné à s'adapter et à répondre aux pathologies des patients et aux besoins qui en découlent. De même, bien que le réel sens de l'animation socioculturelle soit semble-t-il connu d'une partie des soignants, les relations avec l'animation socioculturelle demeurent limitées au patient, au strict minimum, au besoin d'informations lié au patient. Par conséquent, il semble difficile d'estimer que l'animation socioculturelle soit réellement reconnue par les soignants. Certes, des objectifs communs sont partagés et les soignants nourrissent de nombreuses attentes par rapport à l'animation, ce qui d'un regard extérieur peut sembler confirmer l'hypothèse que l'animation socioculturelle est prise en compte par les soins et donc reconnue. Mais, il faut tout de même relever qu'actuellement tout ce qui est dit au sujet de l'animation, des attentes nourries et du rôle indiscutable du relationnel et donc de l'animation dans le processus de soin demeure à un niveau purement conceptuel.

Sur le terrain, l'animatrice socioculturelle, un petit peu aussi à cause de sa tendance à s'isoler, demeure peu partie prenante de projets communs réalisés en coordination avec les soins. De même, il semblerait que de nombreuses activités ne trouvent qu'un sens limité pour une partie des soins qui n'en relèvent que le côté occupationnel et non d'autres fonctions comme le fait de maintenir les acquis, de partager un vécu, de sortir le patient du soin physiologique, éléments identifiés par d'autres soignants.

Suite à ces différentes observations, je pense que le chemin menant à la valorisation de l'animation socioculturelle est encore long et qu'il s'accompagnera sans doute d'une définition plus formelle de la profession et des objectifs et des moyens qui y sont liés. Par contre, j'imagine que le contexte actuel est assez favorable à l'obtention, par l'animateur en milieu hospitalier, de soutien extérieur à la structure afin de défendre son intervention. En effet, il semblerait que tant les associations de professionnels que les institutions de formation se soient fixés pour objectifs de plus démarcher et investir de nouveaux champs émergents.

12.1. *Limites de mon étude*

- Cette étude ne s'appuie que sur une prospection relativement limitée, peut-être que des observations différentes pourraient être réalisées dans d'autres endroits où l'animation est peut-être mieux représentée ou davantage intégrée au processus de soin. A la base, j'avais pensé m'intéresser à plusieurs institutions mais en même temps j'étais obligé de bénéficier d'un certain nombre d'avis afin de vraiment pouvoir comprendre comment était perçue l'animation dans tel ou tel lieu. De plus, cela aurait impliqué de devoir par la suite mettre en parallèle des données provenant de milieux différents et cette nouvelle variable aurait sans doute rendu plus floues certaines différences relevées, comme la particularité de la vision de la psychogériatrie.
- Les professionnels rencontrés étaient déjà sensibilisés à l'animation, ce qui a sans doute contribué à l'identification de nombreuses attentes vis-à-vis de l'animation socioculturelle. Il n'est cependant pas sûr que les soignants habituels nourrissent autant d'attentes par rapport à l'animation.
- L'étude était réalisée en gériatrie. Dans d'autres domaines où les soins relationnels sont mieux implantés, rien ne laisse présumer que les résultats auraient été les mêmes. En effet, en psychogériatrie par exemple, il semblerait que la culture du soin relationnel et de l'animation soit déjà différente. Il est donc tout à fait envisageable qu'en pédiatrie par exemple, l'intervention puisse encore se réaliser différemment.

- Les thématiques traitées étant très proches, j'ai le sentiment d'avoir quelquefois poussé les professionnels interrogés à se creuser la tête afin qu'ils puissent trouver des liens avec l'animation socioculturelle. Ces liens ne sont donc peut-être pas, dans tous les cas, aussi développés que ce que certains patients le prétendent.

12.2. *Apprentissages réalisés*

- A travers ce travail, j'ai notamment eu l'occasion de m'améliorer dans la mise en page de documents textes.
- De même, au fil de l'étude, j'ai eu tout le loisir de mieux découvrir les différentes contraintes liées à l'intervention en milieu hospitalier.
- La recherche m'a également permis d'adopter une posture plus professionnelle, en allant vérifier mes impressions.
- Enfin, au fil de l'étude, j'ai eu l'occasion de développer de nombreux contacts en lien avec le milieu étudié.

13. Bibliographie

13.1. Livres/Revue liés au contexte hospitalier

ARBELLAY Charly-G. "Liberté de mouvement et autonomie" *Le Nouvelliste*, 13.10.08, p.31

AUTRET, Joël.- *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, 2002

DE CRECY, Hélène. – *La Consultation*. Zürich : FMX Xenix Film, 2008

DOBBS, Barbara & POLETTI Rosette.- *Vivre à l'hôpital : la structuration du temps de travail*. Clamecy : Le Centurion, 1977

DURAND, Jacqueline. – *Le cadre de santé : acteur incontournable dans le système hospitalier*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2007

GABBUD Jean-Yves & GUEX Pascal. - "L'Etat n'arrive pas à économiser." *Le Nouvelliste*, 13.11.08, p.22-23

GLÖCKLER Michaela. – *Salutogenèse : Où trouver les sources de la santé physique, psychique et spirituelle ?* APMA, 2002

IMHASLY Patrick. – "La Santé en Suisse : Rapport national sur la santé 2008". *Observatoire suisse de la santé*, 2008

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.114446.pdf>

MEROZ Charles "Soutien aux malades en fin de vie" *Le Nouvelliste*, 13.11.08, p.21

NICCOL Andrew.- *Bienvenue à Gattaca*, Danny DeVito, 1997

QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc.- *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995 p. 194-205

ROBERT, Paul.- *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1993

ROGERS, Carl Ransom.- *Le développement de la personne*. Paris : Dunod, 1968

ROSSINI Stéphane & FAVRE BAUDRAZ Brigitte. – *Dossier du mois de l'ARTIAS : les oubliés de la protection sociale*. Neuchâtel, Février 2004

SAINSAULIEU Ivan. – *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*. Paris : Belin, 2007

Droit des patients. Genève : Forum Santé, 1993

Les coûts de la santé : des choix à faire, des valeurs à préserver. Genève : Forum Louis Jeantet, 1998.

Le développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de santé. Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe, 2000

"La récession tempère la croissance des dépenses de santé" *Bulletin du KOF* n°20, juin 2009, p.6 http://www.kof.ethz.ch/publications/bulletin/pdf/kof_bulletin_2009_06_fr.pdf

"Eluana est morte" *Le Nouvelliste ATS*, 10.02.08, p.9

"Pas de santé sans santé psychique" *Le Nouvelliste*, 30.09.08, p.26

"Coûts de la santé +4,3% en 2009" *Le Matin Bleu*, 25.11.08, p.13

"L'antidote aux scènes de ménage testé dans un labo" *20 Minutes*, 09.12.08, p.1-2

"Des médecins généralistes pour désengorger les urgences à l'hosto" *20 Minutes ATS*, 15.10.08, p.6-7

"Risque d'infections dues au manque de soignants" *20 Minutes ATS*, 07.10.08, p.9

"Les infections liées aux soins ne sont pas une fatalité" *Horizons*, Mars 2008, p.24-25
http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/horizonte/76/76_24_25_f.pdf

"Les risques d'infection à l'hôpital augmentent avec le manque de personnel" *Tribune de Genève ATS*, 06.10.08 <http://www.tdg.ch/geneve/actu/2008/10/06/risques-infections-hopital-augmentent-manque-personnel>

« Assurance Maladie : la guerre des primes continue » in : *TSR : Débat Infrarouge* entre Pierre-Yves Maillard et Yves Seydoux, 07.10.08 <http://infrarouge.tsr.ch/forum-299-assurance-maladie-guerre-primes-continue.html#undefined;vid=9816739>

« Primes maladie : dites-nous tout, Monsieur Couchepin ! » in : *TSR : Débat Infrarouge* entre Pascal Couchepin et Pierre-Yves Maillard, 05.10.05 <http://infrarouge.tsr.ch/forum-132-primes-maladie-dites-nous-tout-monsieur-couchepin.html>

13.2. Sites consultés liés au contexte hospitalier

Site de l'école polytechnique fédérale de Lausanne <http://actualites.epfl.ch/presseinfo-rev?id=2197>

Site du centre d'études et d'initiatives de solidarité internationale http://www.reseau-ipam.org/article.php3?id_article=1147

Site d'informations en ligne dénommé le Tom's guide <http://www.infos-du-net.com/actualite/5089-coreen-mort-jeux-videos.html>

Site du sémioscope http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8

Site de Lucien Mias <http://membres.lycos.fr/papidoc/573Hendgrille.html>

Site de LEP SA <http://www.lep.ch/>

Site du RSV <http://www.rsv-gnw.ch/fr/Pages/default.aspx>

13.3. Livres/Revue liés au développement du concept d'action socioculturelle

ALPTUNA, Françoise. – *Mémoire d'étude : Projet de médiathèque en hôpital psychiatrique*. Seine Saint-Denis, 1993

BALLOUARD Christian. – *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod, 2006

DUBOCHET Michèle. – *Les ergothérapeutes : problèmes des professions paramédicales*. Vevey : Ed. Delta cop., 1979

DUBOCHET Michèle. – *L'ergothérapie avec les enfants : théories et pratiques*. Lausanne, EESP cop., 1992

DUCOURNEAU Gérard. – *Musicothérapie : clinique, technique, formation*. Toulouse : Privat, 1989

LAIREZ-SOSIEWICZ Nicole. – *Imaginer et réaliser : la marmite des professionnels en gériatrie*. Lyon : Chronique Sociale, 2006

MACHEK, David.- *Education en hôpital de jour : le lien soignant : réflexion sur les pratiques éducatives et les moyens visant à maintenir le lien en pédopsychiatrie à l'hôpital de jour de Porrentruy*. Givisiez, 2002

MATHYER, Eric. – *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Editions d'en bas, 2006

MICHAUD, Alain. – *A quoi ça sert un psy ? les infortunes de la psychologie à l'hôpital*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007

MONNET, Jean-Luc. – *L'animation socioculturelle dans les établissements hospitaliers du Valais romand*. Sion, 2004

MOSER, Heinz. – *L'animation socioculturelle : fondements, modèles et pratiques*. Genève : Editions IES, 2004

PERRUCHOUD, Philippe. – *Aumônier d'hôpital : Signe d'une présence*. Fribourg, 1993/1994

PEYRARD, Jean-Pierre. – *L'enseignement en milieu hospitalier : la leucémie ou le complément d'objet direct*. Paris : L'Harmattan, 1999

PONS, Nadine. – *Clown à l'hôpital : Quand le clown rencontre l'enfant malade*. Nîmes : Champ social éditions, 2006

SUDRES, Jean-Luc. – *L'adolescent en art-thérapie*. Paris : Dunod, 1998

La personne âgée en art-thérapie : de l'expression au lien social. Paris : L'Harmattan, 2004

Quand la médecine a besoin d'interprètes. Genève : Ed. Médecine & Hygiène, 2003

Le chariot : bulletin de liaison des médiathèques et des bibliothèques de malades des hôpitaux, des maisons de cure et de retraite. Lyon : Les amis du chariot, 1999-2000 (N°80-81-82)

13.4. Sites consultés liés aux différentes professions de l'action socioculturelle

Site officiel d'Avenir Social Suisse <http://www.avenirsocial.ch/fr/index.cfm>

Site de la plateforme romande de l'animation socioculturelle www.anim.ch

Site de la HES-SO de Genève <http://www.hesge.ch>

Site de la haute école de travail social du canton de Vaud <http://www.eesp.ch/>

Site de la HEP Vaud <http://www.hepl.ch/>

Site internet du magazine « Le Chariot » <http://lesamisduchariot.free.fr/>

Site de l'association suisse des bibliothèques et bibliothécaires suisses <http://www.bbs.ch>

Site de l'association professionnelle suisse des art-thérapeutes <http://www.art-therapeute.ch/>

Site de l'association professionnelle suisse des musicothérapeutes
<http://www.musictherapy.ch/>

Site de l'association romande des clowns d'hôpital <http://www.archop.ch/>

Site de l'association suisse des ergothérapeutes <http://www.ergotherapie.ch/>,

Site de l'association valaisanne des ergothérapeutes <http://www.ergo-vs.ch/>

Site de l'association suisse des psychomotriciens <http://www.astp.ch/fr/association/>

Site de la fédération suisse des psychologues <http://www.psychologie.ch/fr.html>

Site de l'association Dotclear <http://s.huet.free.fr/>

Site officiel des Nations Unies <http://www.un.org/fr/>

Site de l'Etat du Valais <http://www.vs.ch/Navig/home.asp>.

Site du recueil systématique des lois de l'état de Vaud <http://www.rsv.vd.ch>

Site officiel des hôpitaux universitaires de Genève <http://www.hug-ge.ch/>

Site de l'union départementale des associations familiales de l'Indre <http://www.udaf36.fr/>

Site de la fondation Théodora <http://www.theodora.org/Portail.php>

Site de Chuck Gallozi, fondateur du groupement de pensée positive de Toronto
<http://www.personal-development.com/chuck/laughter.htm>

Site de l'université du Maryland <http://www.umm.edu/news/releases/laughter2.htm>

Site du centre régional de ressources pour l'optimisation du management et des organisations des établissements de santé <http://www.c2rsante.fr/home.php>

J'affirme que j'ai mené seul cette étude et ai mentionné toutes mes sources

Troillet Pierre

14. Annexes

Liste des abréviations

ADAGE : Association des animateurs en gérontologie à Genève

AGASPA : Association genevoise d'animateurs socioculturels auprès des personnes âgées

AGI : Association de gériatrie interjurassienne

AI : Assurance invalidité

AID : Assistant en information documentaire

APG : Assurance perte de gain

APSAT : Association professionnelle suisse des art-thérapeutes

ARCHOP : Association romande des clowns d'hôpital

AS : Assistant social

ASC : Animateur socioculturel

ASE : Assistant socioéducatif

ASE : Association suisse des ergothérapeutes

ASMT : Association suisse des musicothérapeutes

ASSC : Assistant en soins et en santé communautaire

ASTP : Association suisse des thérapeutes en psychomotricité

AVALTS : Association valaisanne des travailleurs sociaux

AVEP : Association valaisanne d'entraide psychiatrique

AVIC : Association valaisanne des interprètes communautaires

AVS : Assurance vieillesse et survivants

CAAD : Centre d'accueil pour adultes en difficulté

CFPS : Centre de formation professionnel santé social

CHC : Centre hospitalier du Chablais

CHCVS : Centre hospitalier du centre du Valais

CHUV : Centre hospitalier universitaire vaudois

CNA : Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

DECS : Département de l'éducation, de la culture et du sport

DUPA : Département universitaire de psychiatrie adulte

EESP : Ecole d'études sociales et pédagogiques

EMS : Etablissement médico-social

FEGEMS : Fédération genevoise des EMS

FSP : Fédération suisse des psychologues

GPPG : Groupement des praticiens en psychogériatrie du canton de Vaud

HEP : Haute école pédagogique

HES-SO : Haute école sociale de suisse occidentale

ICUS : Infirmier/Infirmière chef d'unité de soins

ICS : Infirmier/Infirmière chef de service

IES : Institut d'études sociales

IPVR : Instituts psychiatriques du Valais Romand

ISO : Organisation internationale de normalisation

ISS : Institut santé social regroupant les chercheurs de la HES liés à ces deux domaines

LEP : Leistungenfassung in der Pflege (Saisie de prestations de soins infirmiers)

LPP : Loi sur la prévoyance professionnelle

LVT : Ligue valaisanne contre les toxicomanies

MPC : Maturité professionnelle commerciale

OFSP : Office fédéral de la santé publique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMU : Polyclinique médicale universitaire

RSV : Réseau Santé Valais

SFPE : Société française de psychopathologie de l'expression

SIPE : Société internationale de psychopathologie de l'expression

SPR : Société pédagogique romande

SQS : Systèmes de Qualité et de Management

SZO : Das Spitalzentrum Oberwallis (Centre hospitalier du Haut-Valais)

TCC : Traumatismes crânio-cérébral

Fonctions communes aux différentes interventions paramédicales

	ASC	Spécialiste en information documentaire (bibliothérapeute)	Art-thérapeute	Musico-thérapeute	Enseignant	Aumônier	Interprète
Besoins physiologiques							
Conseiller, défendre le patient							x
Renseigner		x					
Besoins de sécurité							
Structurer, stabiliser	x	x	x	x	x		
Renseigner		x				x	
Evaluer			x				
Occuper	x	x					
Accompagner			x	x		x	x
Soutenir	x	x			x	x	x
Besoins d'appartenance							
Faire de la médiation	x						x
Mettre en lien Coordonner	x				x	x	x
Renseigner		x				x	x
Intégrer, socialiser	x				x	x	x
Enseigner, éduquer, rééduquer	x				x		
Besoins d'estime							
Conscientiser		x	x	x	x	x	
Renseigner		x					
Reconstruire		x	x	x		x	
Enseigner, éduquer, rééduquer	x				x		
Encourager l'expression	x	x	x	x	x		x
Prévenir	x		x		x	x	x

Redonner du pouvoir	x		x	x	x	x
Besoins spirituels						
Renseigner		x				x
Accompagner						x
Conscientiser		x				x
Reconstruire		x				x
Promouvoir la vie sous toutes ses formes						x

	Clown	Psychologue	Assistant social	Educateur	Ergothérapeute	Psychomotricien
Besoins physiologiques						
Conseiller, défendre le patient			x			
Renseigner			x			
Besoins de sécurité						
Structurer/Stabiliser	x	x		x	x	x
Renseigner				x		
Evaluer					x	
Occuper		x				
Accompagner	x	x	x	x		x
Soutenir		x	x	x		
Besoins d'appartenance						
Médiation		x				
Mettre en lien Coordonner			x	x	x	
Renseigner			x	x	x	
Intégrer, socialiser			x	x		
Enseigner, éduquer, rééduquer				x	x	x
Besoins d'estime						

Conscientiser		x			x	
Renseigner				x		
Reconstruire		x				
Enseigner, éduquer, rééduquer					x	x
Encourager l'expression	x			x		x
Prévenir		x	x			
Redonner du pouvoir	x	x			x	
Besoins spirituels						
Renseigner						
Accompagner		x				
Conscientiser		x				
Reconstruire		x				
Promouvoir la vie sous toutes ses formes						

Les huit fonctions¹¹⁶ du référentiel romand de l'animation socioculturelle

FONCTION 1 : ANALYSE ET IDENTIFICATION DE SON ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

OBJECTIF : SITUER SON ACTION PAR RAPPORT AUX ATTENTES ET CARACTERISTIQUES DE SON ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL : PROBLEMATISER POUR DEFINIR DES AXES STRATEGIQUES DANS SON ACTION

FONCTION 2 : CONCEPTION, ORGANISATION ET ACCOMPAGNEMENT AU MONTAGE DE PROJETS D'ANIMATION SOCIO-CULTURELLE

OBJECTIF : ENTRER DANS UNE RELATION D'APPUI AU PLAN TECHNIQUE ET RELATIONNEL POUR FACILITER LE DEVELOPPEMENT DE PROJETS D'ANIMATION PORTES PAR LES USAGERS

FONCTION 3 : MEDIATION ET REGULATION

OBJECTIF : FACILITER A SON NIVEAU LA RESOLUTION DES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES POPULATIONS FREQUENTANT LES LIEUX D'ANIMATION

FONCTION 4 : GESTION ET ORGANISATION DE SON CADRE DE TRAVAIL

OBJECTIF : CONCEVOIR, ORGANISER ET DEVELOPPER SON CADRE DE FONCTIONNEMENT

FONCTION 5 : COMMUNICATION INTERNE

OBJECTIF : DEVELOPPER ET ENTRETENIR LA COMMUNICATION, L'ECHANGE D'INFORMATIONS AU SEIN DE SON INSTITUTION, SA STRUCTURE, SON ESPACE DE TRAVAIL ET RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES POUR ORIENTER SES ACTIVITES

FONCTION 6 : COMMUNICATION EXTERNE

OBJECTIF : FAIRE CONNAITRE LES ACTIVITES, LES MISSIONS, LES PROJETS DE L'INSTITUTION EN DIRECTION DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

FONCTION 7 : MANAGEMENT DES EQUIPES DE TRAVAIL

OBJECTIF : ORGANISER, ANIMER, COORDONNER ET DYNAMISER SON EQUIPE DE TRAVAIL

FONCTION 8: EVALUATION DES ACTIVITES DE TRAVAIL, DEVELOPPEMENT PERSONNEL ET PROFESSIONNEL

OBJECTIF : ENTRER DANS UNE ATTITUDE REFLEXIVE PAR RAPPORT AU FONCTIONNEMENT DE SA STRUCTURE DE TRAVAIL ET PAR RAPPORT A SOI-MEME POUR ACCROITRE SON PROFESSIONNALISME

¹¹⁶ Plateforme romande de l'animation socioculturelle, www.anim.ch

PROGRAMME HEBDOMADAIRE DES ANIMATIONS EN GERIATRIE

LD35302
Version 01
Libéré le :
27.11.2007

Clinique Sainte-Claire :

JOUR	HORAIRE	ACTIVITE	SALLE
Lundi	14h30-17h00	Activités changeantes : goûter, chant, jeux de société, préparation d'expositions, etc...	Salles à manger des 1 ^{er} et 3 ^{ème} étages
Mardi	15h00-17h15	Réveil-mémoire	Salle d'animation du 4 ^{ème} étage
Mercredi	14h30-17h00	Peinture, activités créatrices	Salle d'animation du 4 ^{ème} étage
Jeudi	13h30-15h00	Visites individuelles, activités dans le service de psychogériatrie	Etage du service de psychogériatrie
Vendredi		Atelier cuisine – repas convivial et loto	Salle d'animation du 4 ^{ème} étage

Hôpital de Sierre :

JOUR	HORAIRE	ACTIVITE	SALLE
Lundi	9h30-11h00	Atelier cuisine – pâtisserie	Cuisine : salle d'animation d'ergothérapie, étage C
Lundi	14h30-16h30	Goûter : dégustation pâtisserie	Salle d'animation ergothérapie, étage C
Mardi	9h30-11h00	Activité du mouvement – gym Stimulation-mémoire	Salle d'animation ergothérapie, étage C
Mercredi	9h30-11h00	Activité du mouvement – Réveil-mémoire - orientation	Salle d'animation ergothérapie, étage C
Jeudi	9h30-11h00	Activité du mouvement, jeux divers, écoute, échange, chant	Salle d'animation ergothérapie, étage C

Etat des lieux de l'action socioculturelle : Collecte des données

Animateur socioculturel

Aperçu historique	<p>Issue des courants humanistes du 19^{ème} et 20^{ème} siècle et de l'éducation populaire se caractérisant par l'apparition de mouvements comme le scoutisme, l'animation socio-culturelle connaît son véritable développement à partir de l'apparition des loisirs dans les années 1930, puis celle des mouvements et organisations de jeunesse. Dans les années 1950, l'animation se veut aussi un défenseur de la culture pour et par tous. Dans les années 1960, l'animation devient revendicatrice et militante. L'animateur est dès lors perçu comme un agitateur qui porte un regard critique sur la société. Enfin, dans les années 1990, l'animateur socio-culturel devient un médiateur, notamment suite à des brassages de population toujours plus importants et la montée de l'individualisme.</p> <p>Appuyé par une conscientisation des droits du patient, l'arrivée de l'animation socio-culturelle au sein des structures hospitalières se conjugue avec une volonté de ne plus se soucier uniquement du bien être physique du patient, mais au contraire de le considérer dans sa globalité, d'admettre qu'il a des droits et qu'ils doivent être respectés. Au sein de plusieurs structures hospitalières, l'animation socio-culturelle répond donc au besoin de la médecine moderne de garantir une certaine qualité de vie au patient, malgré des patients toujours plus gravement atteints et le contrôle intensif qui s'effectue sur les équipes de soins afin d'optimiser le rendement que les directions hospitalières attendent d'elles.</p>
Fonctions/Buts poursuivis	<p>L'animation socioculturelle en milieu hospitalier vise à mobiliser les ressources et compétences des individus afin de les valoriser par rapport à eux-mêmes et par rapport aux autres. Aucun objectif d'évaluation de l'individu sur son rendement n'est poursuivi par cette forme d'intervention. Il s'agit plutôt d'être avec les gens et de leur permettre de créer, conserver du lien avec leur entourage et l'environnement hospitalier. L'intervention se veut également partie prenante d'une démarche de prévention visant à restreindre les risques liés à la situation de faiblesse dans laquelle certains patients se retrouvent. En reprenant les huit fonctions développées dans le livre¹¹⁷ de Hanz Möser, nous pouvons regrouper différents objectifs concrets évoqués lors de l'entretien avec le professionnel rencontré.</p> <p>Fonction d'intégration</p> <p>Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel vise à faciliter et stimuler la communication et les échanges entre les individus, les groupes et les cultures. En milieu hospitalier, l'animateur socioculturel permet aux patients d'échanger sur leurs souffrances. Il permet aussi aux patients de faire peu à peu le deuil de leur passé. En favorisant la reconstruction du patient par un soutien morale durant tout le processus de guérison, l'animateur socioculturel permet aux patients de comprendre le cadre particulier que représente l'hôpital. De même, il travaille sur le ressenti, accueille un vécu. Enfin, il permet à des individus connaissant des situations de vie similaires de se rencontrer. Ainsi, il facilite les échanges et</p>

¹¹⁷ MOSER, Heinz. – *L'animation socioculturelle : fondements, modèles et pratiques*. Genève : Editions IES, 2004

estompe le risque d'isolement, de déprime. Il solidarise les individus les uns par rapport aux autres et donc crée et intensifie le tissu social qui unit les différents acteurs de l'institution.

Fonction de participation

Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel cherche à renouer avec d'anciens modes de participation sociale et culturelle, à créer et mettre en œuvre de nouvelles formes de participation avec les bénéficiaires. En milieu hospitalier, ceci peut se faire en permettant aux patients d'échanger sur leurs souffrances, en ménageant des espaces permettant un temps de vie en groupe, en recréant le mythe de la famille, les valeurs familiales. L'animateur socioculturel rétablit le lien entre un avant hospitalisation et un après hospitalisation. Il rappelle au patient qu'aussi tragique que soit sa situation, elle s'inscrit dans un passé qui la conditionne et un futur qu'il s'agit peu à peu de construire.

Fonction de mise en réseau

Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel a aussi pour but d'encourager et accompagner la création d'un tissu de relations sociales et de réseaux culturels au sein de l'institution et entre l'institution et des partenaires extérieurs. Lors de son intervention en milieu hospitalier, l'animateur socioculturel crée ou intensifie le tissu social qui unit les différents acteurs de l'institution. Il permet la compréhension du cadre particulier que représente la structure hospitalière. Enfin, en intervenant auprès du patient, il offre une présence, facilite les échanges entre patients, et entre patients et personnel soignant. Ainsi, il permet la création de liens au sein de l'institution.

Fonction de gestion du temps

Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel a aussi pour fonction de développer des lieux et des espaces de loisirs favorisant un engagement social et culturel et de contribuer ainsi à une meilleure gestion du temps libre des usagers, en l'occurrence, des patients. En permettant aux patients de s'évader par la pensée, de maintenir leur moral en passant des moments agréables, l'animateur socioculturel décharge les soins d'une partie des patients qui requerraient plus d'attention s'ils demeuraient dans leurs étages respectifs. En aménageant ce temps d'attente, l'animateur socioculturel offre un temps de paroles où le patient peut sortir du cadre hospitalier, se retrouver avec lui-même, ou encore échanger par rapport à un vécu ou des projets. De même, par les activités proposées, les patients peuvent se détacher de leur quotidien en étant invités à voyager, à s'évader de leur milieu, de leur état, de leurs problèmes actuels. Enfin, par des activités régulières prévues dans des temps clairement délimités, l'animateur socioculturel offre un cadre sécurisant permettant aux patients d'avoir des repères.

Fonction éducative

Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel aurait également un rôle éducatif, notamment en créant et offrant des possibilités de formation et d'apprentissage. Selon lui, l'être n'a jamais eu de cesse d'être curieux, d'aller de découverte en découverte. En milieu hospitalier, l'animateur socioculturel amène le patient à se profiler dans le futur et à réacquiescer ou maintenir des apprentissages afin de retrouver un maximum d'autonomie et de préparer le retour à domicile ou le placement du patient.

Fonction d'enculturation

Autre fonction identifiée par Heinz Möser, l'enculturation vise à développer la conscience et la représentation de soi et les échanges culturels, pour faciliter et favoriser l'intégration de personnes ou de groupes dans la culture de la société environnante. Afin de créer et d'intensifier le tissu social qui unit les patients, l'animateur socioculturel veille à la conservation de rituels permettant de marquer les étapes du quotidien du patient, ainsi que différentes étapes de sa vie. Ainsi, il peut par exemple préparer le patient à un retour à domicile, ou à un placement. Enfin, par sa présence, l'animateur socioculturel permet aussi l'existence d'une offre culturelle durant l'hospitalisation, cette dernière pouvant par exemple donner du sens au temps d'attente auquel est confronté le patient.

Fonction de mobilisation

Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel a également un rôle de mobilisation des ressources du patient et de balance socioculturelle. Il libère et exploite toutes les ressources en les mettant en commun afin d'assurer des synergies. A travers leurs ressources, les patients peuvent ainsi être revalorisés.

En milieu hospitalier, cette fonction peut par exemple être visible dans les démarches mises en place afin de procéder à un retour à domicile. En effet, l'animateur socioculturel, tout comme le reste du personnel soignant, cherche alors à faire recouvrer au patient un maximum d'autonomie. Mais, au quotidien, l'intervention de l'animateur socioculturel consiste souvent à redonner aux patients confiance en leurs capacités. Après une intervention médicale, les patients ont souvent besoin de prendre conscience de tout ce qu'ils peuvent encore effectuer.

Fonction de critique et de solidarité

Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel a pour fonction d'aider à formuler des critiques envers les dysfonctionnements de la société, de l'institution qui l'emploie, et jeter les bases permettant la mise en place de liens de solidarité. En améliorant la solidarité existante entre les différents acteurs de la structure hospitalière, il permet donc à chacun de mieux comprendre les préoccupations de chaque service et d'améliorer le fonctionnement général de l'institution.

Fonction de prévention

	<p>Selon Heinz Möser, l'animateur socioculturel a encore pour fonction d'identifier très tôt les problématiques sociales, d'agir par l'information, par un soutien et des correctifs pour prévenir leur chronicité. En accompagnant le patient durant son projet, qu'il s'agisse d'un placement ou d'un retour à domicile, l'animateur socioculturel estompe le risque d'isolement. De plus, il permet au patient d'être soutenu dans une étape de vie difficile. Enfin, par l'intervention de l'animateur socioculturel, le patient peut se retrouver en lien avec d'autres personnes. Il peut se recréer une vie sociale à l'hôpital ce qui lui permet de conserver le moral.</p>
Forme de la prise en charge	<p>L'animation socioculturelle est « en lien avec tout le monde » comme nous le précise le professionnel interrogé. Mais, notamment pour des questions de moyens, l'animation socioculturelle intervient de façon prioritaire sur les patients. Parmi ces derniers, les principaux qui sont touchés par l'intervention sont ceux en convalescence, et donc suffisamment en forme pour participer à des animations collectives, ceux qui souhaitent à nouveau connaître une vie communautaire, et ceux qui souhaitent faire valoir leurs droits et être écoutés, pouvoir échanger. Enfin, tous les patients désireux de bénéficier d'autres services que celui de soins physiologiques peuvent également recourir à l'animation socioculturelle.</p> <p>Bien que l'intervention se fasse souvent de manière collective afin de socialiser le patient, de lui redonner un statut, une appartenance, une identité sociale, des interventions individualisées peuvent également être réalisées, dans un premier temps. En effet, ces dernières permettent de plus facilement garder le patient au calme, de mieux s'adapter à son rythme, et d'éliminer certains éléments parasites. Parfois, les interventions individualisées sont précédées d'une préparation en ergothérapie.</p> <p>A un second niveau, l'animation socioculturelle peut également être amenée à intervenir auprès du personnel soignant car ce dernier influe aussi sur l'état de forme du patient. Il est donc important de pouvoir écouter, échanger avec le reste du personnel et, au besoin, clarifier d'éventuelles sources de conflits afin de conserver un climat de travail sain. Enfin, l'animation socioculturelle œuvre aussi par rapport à l'environnement hospitalier dans son ensemble. Il s'agit de transformer l'établissement hospitalier en un lieu vivant, de le rendre accueillant.</p>
La formation en quelques mots	<p>La formation d'animateur socioculturel est réalisable en trois ans et fait partie des formations tertiaires mises en place au sein des hautes écoles sociales de Suisse.</p> <p>Cependant, suivant les institutions, l'animation emploie aussi des personnes détentrices d'autres formations, dispensées sous forme de cours Croix-Rouge, et notamment spécialisées en gériatrie. Enfin, la mise en place d'une formation CFC d'assistant socio-éducatif pourrait voir émerger dans un proche avenir une nouvelle catégorie de professionnels destinés à la prise en charge des patients. Enfin, nombreux sont les bénévoles engagés dans les services d'animation et ne disposant pas de formation spécifique. Bref, la présence de tous ces types d'intervenants ne permet pas toujours de qualifier l'animation dispensée comme relevant de l'animation socioculturelle.</p> <p>Bénéficiant d'une formation de soignante à la base, le professionnel interrogé a réalisé sa formation de trois en ans en animation socioculturelle, avant de réaliser un post-grade en systémique de deux ans, et plusieurs formations continues en psychiatrie, prévention et alcoologie.</p>

	<p>La formation HES actuelle dispense différents modules liés à la communication, le travail en réseau, le marketing social, l'histoire de l'animation socioculturelle et ses champs d'intervention, la méthodologie de projet ou encore la pensée critique. Selon le professionnel interrogé, il est indispensable d'être sensibilisé au vécu du public à prendre en charge et de bien comprendre ses spécificités si l'on désire faire de l'animation socioculturelle, qu'il s'agisse du milieu hospitalier ou de n'importe quel autre champ d'activité.</p>
Compétences	<p>Selon le référentiel¹¹⁸ de compétences métier distribué par la haute école sociale du Valais, un animateur socioculturel formé devrait être capable de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter sa propre formation initiale et continue • Identifier et analyser les situations et processus sociaux que l'intervention prend en compte • Prendre en compte les divers déterminants de l'organisation dans une situation sociale donnée • Initier et développer une relation professionnelle avec des personnes ou des groupes dans un contexte d'action sociale donné • Collaborer entre professionnels et institutions • Se positionner professionnellement et personnellement en questionnant le sens de l'action sociale • Décider d'engager une action et la mettre en œuvre • Encourager et soutenir la participation des personnes et des groupes dans la société • Evaluer et réorienter l'action • Identifier, intégrer, mettre en forme et transmettre des informations sociales pertinentes pour les différents acteurs sociaux • Participer à une démarche de recherche • Prendre contact et mettre en confiance rapidement le public <p>De son côté, la personne interrogée observe quelques savoirs faire concrets à développer dans le cadre de sa pratique quotidienne, comme bénéficier d'un esprit créatif ou encore être en mesure de gérer des projets. Au-delà de cet aspect purement technique, il est important d'adopter une série d'attitudes par rapport au patient : bienveillance, écoute, empathie, charisme. Le fait d'être débrouillard au sein d'un système où l'on est souvent appelé à travailler seul, peut être un avantage. Enfin, pour durer, la recette est sans doute de reconnaître les compétences et les ressources des autres, de savoir les exploiter, de pouvoir définir et comprendre les enjeux parfois contradictoires de chaque acteur du monde hospitalier, de trouver des sujets - thèmes sur lesquels échanger avec les autres acteurs de la structure ou encore de se ménager des temps/espaces (lieux) dans lesquels rencontrer les autres professionnels de l'institution tout en comprenant la hiérarchie très protocolaire associée au milieu d'intervention.</p>

¹¹⁸ J'ai reçu le présent document en début de formation. Il m'a été délivré par la HES-SO Valais www.hevs.ch

Déontologie/Ethique	Le code de déontologie des animateurs socioculturels est le même que celui des autres professionnels du travail social développés par avenir social suisse ¹¹⁹ . Pour le professionnel interrogé, la responsabilité morale de l'animateur est engagée à chaque rencontre avec un bénéficiaire. Il s'agit alors de le respecter en tenant compte de sa vulnérabilité, de sa capacité à assumer des responsabilités, et de son autonomie.
Champ d'intervention	<p>Le professionnel interrogé est engagé par la clinique à laquelle il est rattaché. De même, de nombreux autres collègues sont également employés par les structures hospitalières auxquelles ils sont rattachés. Néanmoins, certains sont également engagés par Pro Senectute pour œuvrer au sein de structures hospitalières. Le pourcentage dévolu aux services d'animations socioculturelles présents en milieu hospitalier est souvent faible. Dans le cas du professionnel interrogé, il travaille à 80%, le reste de l'animation étant assuré soit par des bénévoles, soit épisodiquement par des stagiaires. Dans le cas présent, l'intervention de personnes bénévoles permet de donner davantage de poids à l'animation au sein de la maison, avec la présence de six personnes supplémentaires intervenant toutes lors d'activités spécifiques. L'animation socioculturelle s'effectue dans différents services : gériatrie, psychogériatrie, psychiatrie, neurochirurgie, pédiatrie. Le professionnel interrogé œuvre, pour sa part, en gériatrie.</p> <p>Le service d'animation socioculturelle auquel est rattaché le professionnel interrogé est le service médico-technique qui comprend également la pharmacologie, la radiologie, la physiothérapie et l'ergothérapie, ainsi qu'une infirmière de liaison. Dans la clinique, l'animation socioculturelle était au début sous la responsabilité de l'infirmière chef. Puis, face à la difficulté de compréhension du rôle de l'animation dans la structure, elle s'est vue rattachée au service médico-technique qui regroupe de nombreux praticiens spécialisés : physiothérapeutes, ergothérapeutes, radiologues, pharmaciennes... Mais, malgré cette redistribution, la mission du service d'animation peine toujours à être comprise. En effet, il n'est guère évident pour un chef de service, à formation médicale, de connaître et défendre la mission et les actions menées par un praticien à vocation principalement sociale. Pour l'heure, l'animation se perçoit donc un peu comme un électron libre.</p>
Conditions d'intervention	<p>L'animation socioculturelle bénéficie d'une grande marge de manœuvre. Pour l'heure, le cadre d'intervention de l'animation est surtout, bien que le fait soit rarissime, restreint par le médecin qui est chargé de la guérison du patient. En effet, certaines pathologies nécessitant des traitements lourds impliquent que les soins soient, en toute logique, privilégiés à l'animation. Parfois, le degré de dépendance ou la fatigue due au traitement empêche également l'intervention du service d'animation socioculturelle. Enfin, il est aussi intéressant de constater que les patients ne sont pas toujours désireux de vivre les animations proposées.</p> <p>Pour résumer, le recours au service d'animation socioculturelle peut répondre à une demande du médecin réalisée parfois sur ordonnance, ou une décision d'équipe lors d'interventions en psychogériatrie, ou enfin une demande des bénéficiaires. Plus rarement, les équipes de soins ou l'aumônerie sollicitent spontanément le service d'animation socioculturelle.</p> <p>Dans la structure qui emploie le professionnel interrogé, l'animation socioculturelle intervient tous les jours sauf les week-ends, temps durant lequel l'animation spirituelle prend le relais. En général, les patients qui le peuvent et qui le veulent se</p>

¹¹⁹ Site officiel d'Avenir Social Suisse <http://www.avenirsocial.ch/fr/index.cfm>

	<p>rendent en salle d'animation une à trois fois par semaine en fonction des activités qui les intéressent, à l'occasion d'une demi-journée. La prise en charge s'effectue aussi bien à long terme qu'à court terme et ceci parfois dès l'arrivée du patient.</p> <p>Les lieux où les animations se déroulent dépendent beaucoup des possibilités des patients. Lors d'animations collectives, les patients se retrouvent généralement en salle d'animation. Par contre, lors d'interventions individualisées, les chambres des patients, les balades individuelles hors institution, ou encore les couloirs des étages sont privilégiés. Parfois, des animations collectives ont aussi lieu sous forme de repas ou de sorties collectives hors institution. Dans de rares cas, la cafétéria sert aussi de lieu d'animation.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'informations</u></p> <p>Avant d'intervenir auprès des patients, il est nécessaire de tenir compte du degré de dépendance du public que l'activité cible, afin de garantir la sécurité physique et psychique du patient. De plus, il est essentiel de connaître le patient, et de pouvoir au besoin recourir aux dossiers informatisés des patients, pour vérification.</p> <p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>L'attitude de l'animateur socioculturel doit être en adéquation avec son éthique et le code de déontologie. Il est donc important de respecter le patient dans sa vulnérabilité, son autonomie, sa capacité à être responsable.</p> <p><u>En terme d'environnement</u></p> <p>Le cadre d'intervention nécessite aussi quelques précautions supplémentaires. Tout d'abord, il est nécessaire de bénéficier de fortes capacités d'adaptation car la durée de séjour des patients et l'évolution de leurs maux est impossible à prévoir. Ensuite, de ce fait, aucune planification à long terme n'est réalisable, sauf dans de rares cas où le projet du patient est déjà clairement établi et où son état est considéré comme stable. Enfin, il faut être en mesure de mettre en place des animations réalisables en une seule fois, qui puissent former un tout en une séance, car il n'y a aucune certitude de revoir le patient.</p>
Outils et matériel utilisé	<p>Les activités destinées aux patients peuvent se décliner sous différentes formes et être réalisées à l'aide de différents outils. Il s'agit donc de distinguer les activités à prédominance créatrices, de celles à prédominance culturelles ou sociales. Dans le cas des activités à prédominance créatrices, il est notamment question des activités de peinture, bricolage, chant avec les patients, et d'autres activités destinées à la décoration de l'institution. Ensuite, dans le cas des activités à prédominance culturelle, ces dernières se composent des projections de films et de diapositives, du montage d'expositions, de la conduite d'ateliers abordant des thématiques culturelles, et enfin de lectures. Les activités à prédominance sociales, pour leur part, donne l'occasion aux patients de se rencontrer et d'échanger lors de repas communautaires, de balades, de sorties, d'ateliers de cuisines, de partage de moments communs autour de jeux de</p>

	<p>sociétés, ou encore via la participation à des activités comprenant des objets flottants : contes, photo langage, cartes, génogramme, socio-gramme...</p> <p>Enfin, dans certains cas, la mise en place d'activités individualisées permet de répondre à des besoins spécifiques des patients comme une fête pour une fin de vie, un retour sur l'ancien lieu de vie, ou encore la visite d'un endroit particulier pour le patient.</p>
Défis futurs pour la profession	<p>Selon le professionnel interrogé, il serait intéressant de questionner les représentations que les soins se font de l'animation socioculturelle, et vice et versa. En effet, la mission et les actions de l'animation socioculturelle ne semblent pas être comprises, de manière similaire, par tous les soignants.</p> <p>A l'avenir, il serait aussi nécessaire que le langage des métiers du social puisse trouver une place en milieu hospitalier. En effet, cela permettrait de traiter, en commun, de nouveaux concepts: l'identité, l'appartenance, ou encore la transgénération. De plus, une meilleure connaissance des uns et des autres faciliterait sans doute grandement la prise en charge et permettrait une meilleure circulation des informations entre acteurs du processus de soin.</p> <p>Enfin, pour que l'animation socioculturelle trouve une place plus importante dans un tel milieu, la réalisation de davantage de feedback, et une participation encore plus active aux colloques d'équipes pourrait être des approches à privilégier. Cependant, pour cela, il faudrait aussi que les moyens mis à disposition par l'institution puissent être en adéquation avec ce retour destiné à prouver l'approche qualitative effectuée par l'animation socioculturelle. En cela, l'ouverture de postes de cadres à cette profession pourrait être une manière d'offrir davantage de place à la profession. Enfin, le professionnel interrogé relève encore qu'un des défis actuels de l'animation socioculturelle passe par « les gens en attente » en milieu hospitalier. En effet, un réel débat devrait être mené sur le sujet afin de trouver des solutions de qualité.</p>
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un animateur socioculturel oeuvrant en gériatrie, la consultation du référentiel de compétences de la HES-SO, la consultation du site de la plateforme romande de l'animation www.anim.ch, la consultation du site officiel d'Avenir Social Suisse http://www.avenirsocial.ch/fr/index.cfm et la lecture de l'ouvrage suivant : MOSER, Heinz. – L'animation socioculturelle : fondements, modèles et pratiques. Genève : Editions IES, 2004</p>

Spécialiste en information documentaire & Bilbliothérapeute

Aperçu historique	<p>Dans les années 80-90, les centres de documentation connaissent des évolutions importantes : de bibliothèques certains se muent en médiathèques. Sous cette nouvelle terminologie, les centres de documentations vont alors abriter davantage de types de supports médias, se distinguant par là des bibliothèques, présumées accueillir que des livres. En parallèle de cette évolution, l'utilisation du terme « médiathèque » donne une image plus novatrice et originale d'un centre de documentation. La société perçoit alors ce lieu comme un lieu d'échanges d'information, de formation, d'intégration, de confrontation d'idées. La médiathèque a une image davantage entraînante, mouvante, animée. Certaines sont d'ailleurs inaugurées dans des endroits insolites, comme à l'hôpital. Cette incursion de ce temple de la science qu'est le centre de documentation est d'ailleurs aisément compréhensible dans ce siècle qui a foi en la science et où les progrès de la médecine semblent pouvoir guérir presque tous les maux. Témoin de l'acquisition par le centre de documentation d'une fonction sociale, la biblio-thérapie, issue des pays anglo-saxons et scandinaves, fait son apparition.</p> <p>Dans le canton du Valais, selon mes observations, les bibliothèques médicales se sont bien développées au sein des structures hospitalières. De plus, le souci que les professionnels puissent bénéficier de sources théoriques solides semble être cher aux institutions de soins depuis longtemps.</p> <p>Dans l'institution visitée par exemple, depuis les années 60, des livres étaient mis à disposition des médecins par le secrétariat de direction. Ils étaient alors stockés en salle de réunion avec diverses documentations. En 1996, un poste à 40% a même été pourvu et des stagiaires et chômeurs ont été engagés. Mais, l'utilisation demeurait, et demeure aujourd'hui encore uniquement dédiée aux chercheurs et au personnel de la structure.</p> <p>Cependant, il paraîtrait que dans les années 80 un socio-thérapeute conduisait des animations pour les patients à l'aide de livres et de musique. Mais, pour des raisons inconnues, ces activités ont cessé. Actuellement, le résultat est le même que dans beaucoup d'autres centres hospitaliers. Les livres sont disséminés dans les différents étages et unités de soins. De plus, aucune exploitation de ces ouvrages, accompagnée d'une réflexion, n'est donc, plus réalisée. Bref, la gestion des supports de documentation à destination des patients relève donc du ressort de la responsabilité collective, autant dire du cahier des charges de personne. Cette forme d'intervention est-t-elle donc condamnée à tomber dans l'oubli ?</p> <p>Toujours est il que je n'ai pas trouvé de documentalistes mettant des livres à disposition des patients lors de mes brèves investigations. En France, il semblerait pourtant que l'approche soit toute autre et c'est d'ailleurs grandement sur cette source que se fonde la description de cette intervention.</p>
-------------------	---

Fonctions / Buts poursuivis	<p>Les fonctions qu'occupent un spécialiste en information documentaire intervenant dans un milieu médical pourraient se résumer par les buts auxquels peut répondre la lecture d'un livre : distraire en permettant l'évasion et le plaisir, informer en contactant des personnes extérieures à un domaine, cultiver en valorisant le savoir de la personne, soigner par le recours à la biblio-thérapie.</p> <p>Renseigner</p> <p>L'intervention menée par les spécialistes en information documentaire passe par la recherche et la diffusion et la conservation de documents administratifs, juridiques, officiels relatifs au domaine de la santé. Elle vise à fournir de façon fiable et rapide un maximum de documentation à un public spécialisé, celui du monde des soins. De plus, le travail du spécialiste en information documentaire se veut également orienté vers les patients via la réponse à un besoin de distraction, de loisirs lors d'hospitalisations prolongées. Enfin, par son rôle de pôle culturel, au cœur même de l'hôpital, la médiathèque répond et informe aussi les soignants sur les possibilités de formation continue qui s'offrent à eux.</p> <p>Soulager et reconstruire</p> <p>Par une intervention adaptée en biblio-thérapie, il s'agit d'aider à faire face à la mort, de soulager le patient en lui offrant la possibilité de partager des émotions que procure la lecture en groupe. Enfin, par la mise en place d'une action groupale basée sur la lecture d'ouvrages spécifiques, c'est aussi l'occasion de permettre au patient de créer des liens sociaux forts au travers d'échanges très engageants émotionnellement et qui peuvent aussi lui permettre de prendre conscience de certains problèmes, de les résoudre et de se reconstruire une personnalité. Enfin, par cette intervention, il s'agit aussi de servir de soutien à d'autres thérapies par une approche différente, basée sur le partage de lecture en groupe.</p>
Forme de la prise en charge	<p>L'intervention des professionnels¹²⁰ interrogés s'adresse uniquement aux professionnels de la structure hospitalière. Cependant, dans le cas des références théoriques consultées, les publics cibles sont davantage diversifiés : public extérieur à l'institution, patients, proches de patients, et enfin personnel de l'hôpital. Enfin, dans le cas de l'usage de la biblio-thérapie, les patients atteints de dépendance, de dépression et de maladies graves ou incurables font partie des principaux publics visés.</p> <p>L'intervention réalisée s'effectue sous forme individualisée via des self-help books aussi bien que sous forme collective via un groupe d'échanges constitué autour d'une ou de plusieurs thématiques.</p>

¹²⁰ Les professionnels interrogés géraient une bibliothèque bien qu'ils soient au bénéfice de formations commerciales : employés de commerce, et stagiaire de maturité commerciale

La formation en quelques mots	<p>La formation de spécialiste en information documentaire est dispensée sur trois ans à la HES de Genève. Une année de stage préparatoire et l'obtention d'une maturité gymnasiale ou d'un titre jugé équivalent font partie des conditions d'accès à l'école. Cependant, il est intéressant de constater que dans le cas de l'institution visitée, les personnes oeuvrant dans la bibliothèque étaient soit au bénéfice d'une formation d'employé de commerce, soit des stagiaires MPC, soit des bénévoles. Bref, il semblerait que les professionnels, qu'ils soient au bénéfice d'une formation tertiaire ou d'une formation CFC d'assistant en information documentaire, se montrent peu intéressés par ce champ occupé par leur métier.</p> <p>Dans le cas de la formation d'assistant en information documentaire¹²¹, les contenus de cours se réfèrent notamment à la formation au catalogage et aux techniques d'archivage et de conditionnement. L'histoire dont notamment celle du papier, de l'écriture et du livre, ainsi que les langues comme le français, l'anglais et l'allemand prennent aussi bonne place dans les cours dispensés. Enfin, le « chemin du livre », de son acquisition à sa mise à disposition, est également abordé.</p> <p>Dans le cas de la formation de spécialiste en information documentaire, le contenu¹²² de formation comprend un stage de huit semaines dans un service d'information documentaire, en Suisse ou à l'étranger, et un travail de bachelor à la fin des études. Outre ces deux éléments de la formation, un certain nombre de thèmes spécifiques sont abordés : analyse et représentation documentaire, connaissance des sources et recherche d'information, langues étrangères, connaissance des publics, politique et production de l'information, marketing et services aux publics, technologies documentaires, gestion des archives en entreprise, gestion de l'information, conservation du patrimoine professionnel...</p>
Compétences	<p>Afin de mener à bien son intervention, le spécialiste en information documentaire doit être en mesure de gérer une équipe, et de s'adapter aux publics à prendre en charge. En offrant une écoute attentive, de la disponibilité, le spécialiste en information documentaire doit donc aussi offrir au patient un service de qualité marqué par la maîtrise de méthodes et outils de l'information documentaire. Enfin, une bonne analyse des points forts, des points faibles d'un service documentaire est une compétence sine qua non afin d'occuper un tel poste.</p>
Déontologie/Ethique	<p>Le code de déontologie auquel les spécialistes en information documentaire se réfèrent est celui des bibliothécaires suisses. http://www.bbs.ch/xml_1/internet/fr/application/d53/f68.cfm</p>
Champ d'intervention	<p>Dans l'exemple français étudié¹²³, il est fait mention de nombreux postes à temps partiel et de l'engagement de nombreux bénévoles. La structure semble donc être d'une certaine taille, mais il y a également eu une réflexion et un investissement de la part de l'institution afin que la perspective de l'installation d'une médiathèque dans un tel contexte révèle tout son potentiel. D'ailleurs, Le travail effectué se concentre sur certains services comme la pédiatrie, la gériatrie, ou la psychiatrie où des services de chariots sont mis sur pied. Enfin, l'intervention du spécialiste en information documentaire touche aussi la structure elle-même, par la conservation d'archives de l'institution et la mise à disposition d'informations adéquates sur les grands changements qu'elle a connus.</p>

¹²¹ Selon Charles Tchaïkowsky, élève en formation

¹²² Site de la HES-SO Genève http://www.hesge.ch/heg/metiers_formations/form_hes_bachelor/form_id.asp#description%20modules

¹²³ ALPTUNA, Françoise.- *Mémoire d'étude : Projet de médiathèque en hôpital psychiatrique : l'exemple du Centre hospitalier spécialisé de Maison-Blanche*. Seine-Saint-Denis, 1993

	<p>Dans l'institution évoquée par le mémoire consulté, la médiathèque dépend d'un comité formé de personnes internes et externes à l'institution et qui dépend directement de la direction de l'établissement. Par contre dans le cas de plusieurs institutions visitées, la bibliothèque ou médiathèque se retrouvait bien souvent rattachée au service d'animation, ou encore à l'unité de recherche.</p>
Conditions d'intervention	<p>Afin de venir à la médiathèque, le patient doit parfois se faire accompagner par un infirmier référent. De plus, il doit être, ou se faire, enregistrer à la bibliothèque, et disposer des autorisations adéquates de la part du corps médical. Enfin, pour la biblio-thérapie, il est important que le patient se sente prêt à se livrer, qu'il puisse faire preuve de non jugement envers les autres, respecter leur façon d'interpréter ce qu'ils lisent, laisser à chacun la possibilité de s'exprimer.</p> <p>Les horaires d'ouverture des centres de documentation ne prennent, pour l'heure, pas en compte les week-ends. Néanmoins, à la vue de la demande des lecteurs, le futur projet présenté dans le mémoire pourrait reconsidérer cet aspect. En effet, un certain nombre de patients ne recevant pas de visites, aiment à se rabattre sur leurs livres pendant que d'autres sont avec leurs proches et que souvent, le personnel soignant et d'animation est restreint.</p> <p>En ce qui concerne la biblio-thérapie, la régularité des rencontres dépend du rythme de lecture des participants, de leur volonté d'échanger sur la thématique de façon collective, ou au contraire de réaliser une démarche individuelle.</p> <p>Enfin, dans les cas des institutions visitées, les bibliothèques destinées aux professionnels sont en permanence ouvertes ou fermées, selon la volonté de la personne bénéficiant de la clef de la salle.</p> <p>Comme évoqué ci-dessus, les lieux d'intervention des spécialistes en information documentaire au sein des structures médicalisées demeurent limités. Les seuls lieux évoqués sont les centres documentaires, même si des chariots ont été mis sur pied afin de passer directement auprès des malades, jusque dans leur chambre. C'est notamment le cas en France où un magazine trimestriel nommé « Le Chariot » tâche d'informer les professionnels sur les services à offrir aux patients. Enfin, dans certains cas, des listes d'acquisition sont également distribuées hors institution, à l'attention des habitants du quartier ou des lecteurs réguliers. Enfin, dans le cas de la biblio-thérapie, les chambres des patients et la médiathèque sont les deux lieux privilégiés par l'intervention, selon qu'elle ait lieu sous forme individualisée ou collective.</p>
Préparation à l'intervention	<p>L'intervention du spécialiste en information documentaire, notamment par le fait que les chariots sont encore sous-exploités, s'adresse en premier lieu à tous les patients capables de se déplacer à la médiathèque et susceptibles d'être dans un état de fatigue suffisamment stable pour profiter d'une lecture</p> <p><u>En terme d'adaptation des médias à l'environnement, aux publics</u></p> <p>Afin d'offrir une intervention de qualité, le spécialiste en information documentaire doit bénéficier d'un bon système de classement, et rythmer la vie de l'institution en marquant des dates clefs du calendrier, à l'aide d'expositions, de publications de listes de nouveautés. De même, il se doit de permettre la participation de chaque patient par la mise à disposition d'outils de prospection. Enfin, les médias que le spécialiste en information documentaire proposent, doivent</p>

	<p>être adaptés aux publics, qu'il s'agisse de la taille de police d'écriture, des sujets évoqués, ou du vocabulaire utilisé.</p> <p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>En biblio-thérapie, le choix de textes significatifs connaît aussi une importance majeure afin que la prise en charge s'effectue de façon optimale. Dans cette seconde intervention, il est également important de se sentir à l'aise dans la gestion d'un groupe où l'implication émotionnelle peut être forte.</p>
Outils et matériel utilisé	<p>L'intervention en médiathèque en milieu hospitalier s'appuie sur des supports médias de toute sorte destinés aux patients et aux soignants : livres de littérature et de culture générale, BD, romans, documentaires (histoire – géographie), dossiers thématiques liés à la santé, fiches de dépouillement d'articles, journaux de la presse quotidienne et hebdomadaire, cassettes vidéo, périodiques, livres liés à des problématiques/thématiques de santé, et enfin photocopies.</p> <p>Pour faire évoluer et promouvoir le service auprès du patient et au dehors de l'institution, le spécialiste en information documentaire recourt à la diffusion de revues, de sommaires mensuels, la création de conférences sur des thématiques liées aux soins, la projection de films, le recueil de suggestions des patients lors d'acquisitions, et enfin la création et le traitement d'un fonds qui traite de l'histoire du lieu et de la médiathèque. Ensuite, il s'intéresse aussi à travailler avec le patient que ce soit sous la forme du montage d'expositions présentant les créations des patients, ou le développement de groupes de lectures afin de faire de la biblio-thérapie. Dans ce second cas, des lectures guidées par rapport à des thématiques précises sont mises à disposition des patients. Poésie, prose, expression scénique, et littérature au sens large y prennent par exemple une bonne place, les selfs helps books développés aux Etats-Unis et délivrés sur ordonnance pouvant également être proposés. Enfin, en biblio-thérapie, la discussion de groupe qui découle d'un livre se révèle un moment privilégié où chacun cherche à en retirer un enseignement personnel.</p>
Défis futurs pour la profession	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aller davantage vers le public par la mise en place systématique de chariots, de mini-bibliothèques par étages, de création de conférences ▪ Regrouper les données pour éviter les doublons. En effet, les lieux accueillant la médiathèque ou les informations devant y figurer étaient encore dispersés, dans l'exemple français, comme c'est si souvent le cas au sein des structures hospitalières où chacun entend conserver sa propre documentation ▪ Communiquer à l'interne et à l'externe afin de clarifier la mission et les offres/services effectués par une médiathèque dans un tel lieu ▪ Améliorer l'accès au livre et sa valorisation comme moyen d'intervention au cœur du processus de soins ▪ Valoriser davantage le côté socio-culturel de la médiathèque qui est encore bien souvent perçue comme un lieu de recherche uniquement, tout particulièrement par une partie du personnel du corps médical ▪ Faire participer les différents acteurs de la structure hospitalière hors du cadre des soins, impliquer les gens pour

	<p>qu'ils s'approprient la médiathèque</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Être un lieu de décroisonnement, au sens où la médiathèque peut permettre d'intensifier les liens entre les services, entre les unités de soins et également entre les visiteurs et les soignants, ou encore entre soignants et médecins ▪ Créer des animations autour du livre car cela répondrait à un besoin des lecteurs sondés ▪ Faire connaître la biblio-thérapie comme un mode d'intervention novateur, qui pourrait compléter certaines thérapies ▪ Exister réellement comme lieu clé de l'établissement hospitalier <ul style="list-style-type: none"> ○ où des interactions sociales ont lieu ○ où l'on retrouve une certaine ambiance, un certain bien-être ○ où l'on sort en partie de la bulle des soins à proprement dit ○ où l'on se retrouve en contact avec des personnes extérieures à l'institution
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un employeur de commerce et une stagiaire MPC gérant une bibliothèque en milieu hospitalier, la lecture de l'ouvrage suivant : ALPTUNA, Françoise.- Projet de médiathèque en hôpital psychiatrique : l'exemple du Centre hospitalier spécialisé de Maison-Blanche (Seine-Saint-Denis, 1993, et la consultation de trois numéros du magazine « Le Chariot », et enfin la consultation des sites internet lié au défunt magazine « Le Chariot » http://lesamisduchariot.free.fr/, à la formation des spécialistes en information documentaire http://www.hesge.ch, et enfin à l'association suisse des bibliothèques et bibliothécaires http://www.bbs.ch</p>

Art-thérapeute

Aperçu historique	<p>Un des premiers liens entre l'art et le domaine médical date du début du XX^{ème} siècle. En 1911, Carlo Cara et Umerto Bacchioni intègrent des œuvres de fous dans une exposition d'œuvres futuristes. Quelques années plus tard, en 1921, Walter Morgenthaler dévoile une monographie sur la vie et l'œuvre d'un aliéné, Adolf Wölfi, schizophrène paranoïde. Conjointement à cet intérêt des surréalistes pour le « génie de la folie », Sigmund Freud et Carl Gustav Jung réalisent plusieurs études sur l'utilisation du dessin et la représentation des rêves par les patients. Dès 1925, en France, du matériel et des outils sont distribués aux internés en vue de leur expression. Quelques années plus tard, les précurseurs de ce qui se nommera « l'art-thérapie » apparaissent : Margaret Naumburg (Grande-Bretagne, 1930), Kramer (Etats-Unis, 1947-1950-1958). En France, le pays se révèle être un pionnier en la matière, créant en 1959 la société internationale de psychopathologie de l'expression (SIPE), puis quelques années plus tard, la société française de psychopathologie de l'expression (SFPE). La France délivre d'ailleurs ses premiers diplômes en la matière en 1986. Par la suite, aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, la formation en art-thérapie sera intégrée aux cours des universités. En Suisse, en Allemagne et en Italie, le développement se révèle plus lent. En Suisse, l'art-thérapie renaît dans les années 80, après 40 ans d'absence. Dans les années 75-80, l'Allemagne assiste à l'émergence d'un véritable « psycho boum » tandis que l'Italie crée une association nationale d'art-thérapie seulement en 1982. L'art-thérapie se définit alors comme intervention bio-psycho-sociale, association d'approches neuropsychologiques, phénoménologiques, et cognitivo-comportementales. Elle se veut une profession à vocation humaine, qui privilégie le mieux-être de l'autre.</p> <p>Dans l'institution visitée, l'art-thérapie est née suite à la création d'un service d'animation et loisirs à la clinique. Cependant, l'existence de l'art-thérapie au sein de la clinique demeure encore timide à l'heure d'aujourd'hui.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p>L'art-thérapie se base sur une approche holistique du patient et vise à réaliser une thérapie par et avec l'autre. Il est, par exemple, important que le patient puisse donner du sens à sa réalisation, qu'elle ait une utilité matérielle et qu'il ne s'agisse pas que d'un banal travail d'occupation. L'investissement à réaliser est donc important pour lui, comme pour le thérapeute.</p> <p>J.L. Sudres¹²⁴ distingue trois modes d'intervention en art-thérapie :</p> <p>Le mode éducatif ou rééducatif</p> <p>Le travail s'oriente sur les difficultés manifestes, les symptômes. L'intervention se veut courte, programmable, semi-directive. Elle privilégie le changement par l'accommodation du patient à ses difficultés, la découverte pour lui d'un nouvel équilibre, ou par la disparition des symptômes.</p>

¹²⁴ SUDRES, Jean-Luc.- *L'adolescent en art-thérapie*. Paris : Dunod, 1998

Le mode psychanalytique

Le travail s'oriente sur la recherche de ce qui est latent. Il prend en compte les notions de transfert et contre transfert. S'appuyant sur les théories de Jung et Freud, il s'inscrit dans le respect des défenses de l'individu et se révèle être d'une durée variable, difficilement évaluable. Peu directif, ce mode d'intervention s'appuie sur l'imprévu. Il privilégie une prise de conscience par le patient des réels éléments déclencheurs de son mal-être.

Le mixe des deux modes d'intervention cités ci-dessus

La troisième forme d'intervention vise à mêler les apports de chacune des pratiques ci-dessus en s'efforçant de s'appuyer sur ces deux points de vue lors de l'intervention auprès du patient.

Pour ma part, je regroupe les différents objectifs auxquels répond l'art-thérapie en plusieurs fonctions.

Fonction d'empowerment

Au travers de son intervention et de la stimulation de sa créativité, l'art-thérapeute cherche à mettre le patient en position d'acteur, à lui permettre de reprendre une prise sur son quotidien, de faire des découvertes et de prendre des décisions. Au fil du processus thérapeutique, l'art-thérapeute cherche donc à augmenter l'autonomie du patient en le valorisant et en l'aidant, par exemple, à maintenir des acquis ou encore à réintroduire du sens, de l'intelligence, du langage dans ses actes.

Fonction structurante

Par la mise à disposition d'un format, une technique, une manière de travailler et un temps de travail définis, l'art-thérapeute offre un cadre sécurisant au patient. Il lui donne un espace où le patient peut se retrouver avec lui-même, avec son MOI intérieur après un parcours hospitalier où les intrusions dans la sphère intime et personnelle sont multiples, et dans une clinique où le patient n'est jamais seul, même dans la chambre où il dort. En somme, l'intervention de l'art-thérapeute garantit au patient un espace où son respect et sa dignité sont garantis.

Fonction de conscientisation

¹²⁵ SUDRES, Jean-Luc.- *L'adolescent en art-thérapie*. Paris : Dunod, 1998 p.189

En investissant ce temps d'art-thérapie, le patient peut se replonger, en toute liberté, dans son passé, réinvestir un vécu et évoquer des émotions liées à sa situation actuelle et antérieure, Au fil du travail effectué avec l'art-thérapeute, c'est donc aussi l'occasion pour le patient de prendre de la distance par rapport à son vécu actuel, et de prendre conscience de changements résultant d'événements passés, notamment en recourant à des symboles.

Fonction d'accompagnement

En partageant les émotions du patient et en étant témoin du processus créatif qu'il vit, l'art-thérapeute peut rétablir du lien avec le patient, instaurer une relation d'aide. Une fois la relation créée, l'intervention consiste donc à permettre au patient de prendre conscience de certains changements qui accompagnent son état actuel ou son vécu, ou encore de lui donner la possibilité d'identifier des paradoxes dans ses agissements, son discours. En somme, il s'agit de réconcilier l'homme avec lui-même et le monde qui l'entoure.

Tout au long du processus, une réflexion avec le patient sur sa situation, son vécu, son parcours de vie, et ses réalisations accomplies est donc menée. Durant ce questionnement, il s'agit de permettre au patient de gérer les états de chaos, perte, séparation qui l'habitent afin de restaurer la communication, les échanges et la relation avec soi et avec autrui, de réintégrer socialement le patient.

Fonction évaluative

Durant l'intervention, l'art-thérapeute peut évaluer l'évolution de l'état bio-psycho-social du patient. Il peut se rendre compte de son état émotionnel actuel, de son moral. Enfin, c'est aussi l'occasion de recueillir des indicateurs, des données sur les perceptions du patient.

Fonction de reconstruction d'identité

Par son intervention, l'art-thérapeute permet au patient de se projeter dans un processus de transformation de soi, dans une culture et une société données. Il lui permet de mieux prendre conscience d'éléments constitutifs de sa personnalité. Au fil du processus créatif, c'est donc une possibilité pour le patient d'exister, d'entrer en communication avec son monde intérieur, de produire un mouvement hors de son être, de présence au monde et à soi. De même, lors de cette reconstruction de soi, c'est aussi l'occasion de favoriser l'émergence de nouveaux plaisirs, d'ouvrir à de nouveaux espaces jusqu'ici peu ou pas investis par le patient, de se découvrir une nouvelle vocation. Bref, la thérapie est donc ici principalement axée sur l'estime et l'affirmation de soi ce qui permet de réduire la dépressivité, l'anxiété, les images et perceptions corporelles négatives, et facilite l'intégration et la socialisation du patient.

Fonction d'expression (construction d'une identité vers l'extérieur = construction d'une estime)

	<p>A travers l'intervention en art-thérapie, l'objectif est de permettre l'expression d'un mal-être, d'une douleur ou encore d'une certaine authenticité du patient, au travers d'un support artistique qui peut ensuite être traduit verbalement. Par la mise en place de moyens d'expression artistiques, il s'agit aussi d'ouvrir le champ de conscience du patient aux objets, mouvements, émotions externes afin de l'amener à se détacher de ses préoccupations internes. De plus, l'expression artistique permet aussi de traduire le ressenti du créateur, d'extérioriser ses sentiments passés et présents et de mettre à jour des conflits inconscients que le sujet serait de toute façon incapable de verbaliser. Enfin, en offrant un mode d'expression différent, l'art-thérapie permet aussi de répondre à un manque corporel, de renouer une relation sensorielle authentique entre l'être et le corps, les objets du monde ambiant.</p> <p>Fonction de prévention</p> <p>Dernière fonction occupée par l'art-thérapie, la prévention contre l'isolement, le repli sur soi joue un rôle majeur auprès du patient qui retrouve ainsi un espace qui lui est propre, dans lequel il peut exprimer ses besoins, et répondre à des conflits intérieures, faire progresser sa propre réflexion sur lui-même. En étant valorisée et reconnu dans ses besoins, le patient n'est plus un patient parmi d'autres mais un individu avec des besoins particuliers qui lui sont propres. Le patient retrouve donc son unicité.</p> <p><u>But de ces objets</u>¹²⁵</p> <p>Les objets utilisés en art-thérapie permettent la construction, déconstruction d'apprentissages. Ils permettent le retour dans le passé et la découverte d'un espace, temps et lieu différent. Enfin, l'utilisation de chacun d'entre eux relève d'une fonction particulière : créer un supplément d'image de soi (maquillage), se confronter à la temporalité : temps de latence, vie-mort (terre), permettre une prise de distance entre le réel et l'imaginaire et de sécuriser le praticien et le patient pour faciliter l'expression (masque), exprimer ses conflits de façon spontanée (collage), permettre la création de soi (collage), permettre au bénéficiaire de délaissier ses défenses obsessionnelles (collage), stimuler la mémoire et les représentations (peinture), diminuer les freins créatifs, déconstruire pour oser l'exploration (dessin), et offrir un espace privilégié marqué de temporalité où peut avoir lieu l'affirmation de soi (BD).</p>
Forme de la prise en charge	<p>L'art-thérapie s'adresse aux patients de tous âges en proie à la souffrance et à des difficultés telles qu'un traumatisme cérébro-crânien, une névrose, de la désorientation, un état démentiel, de la non communication, de la dépendance, une grande solitude, une détresse psychologique ou encore une rupture d'avec son vécu.</p> <p>Dans l'institution visitée, la prise en charge est généralement individualisée. Néanmoins, des séances avec des petits groupes de 2 ou 3 personnes peuvent avoir lieu même si l'organisation en est difficile. En effet, l'emploi du temps des patients est chargé et l'espace dévolu à l'art-thérapie demeure limité.</p>

	L'intervention se veut plutôt orientée sur du long terme, les bénéficiaires rencontrant plusieurs fois l'art-thérapeute. Mais, dans quelques cas, des rencontres sur du court terme, par exemple avec des personnes âgées, peuvent avoir lieu.
La formation en quelques mots	<p>La formation¹²⁶ à réaliser au préalable afin d'exercer le métier d'art-thérapeute est dispensée à la haute école sociale de Lausanne en formation post-grade. Pour entrer dans cette école, il faut avoir préalablement fini une formation bachelor dans le domaine artistique ou social et avoir réalisé une expérience dans le domaine dans lequel on ne bénéficie pas de formation. De plus, l'âge minimal pour entrer à l'école avoisine les vingt-cinq ans, et la réalisation d'une thérapie personnelle préalable auprès d'un psychiatre diplômé est exigée.</p> <p>L'art-thérapeute interrogé distingue deux courants chez les professionnels formés en art-thérapie : les art-thérapeutes du social et de la relation, et les art-thérapeutes de l'art et de l'outil. C'est d'ailleurs dans l'interaction de ces deux courants que se conçoit la formation continue.</p> <p>Afin de réaliser la formation de base, les candidats doivent remplir un certain nombre de conditions : avoir réalisé un processus psychothérapeutique personnel de 100 heures avec un thérapeute reconnu, avoir réalisé un processus art-thérapeutique de 50 heures dont 25 heures en individuel et 25 heures en groupe, avoir expérimenté des séances de supervision, et enfin réaliser un stage d'observation de 20 heures dans un atelier d'art-thérapie (pré-stage organisé en collaboration avec le lieu de formation).</p> <p>En terme de contenus, la formation de base inclut notamment de la thérapie verbale (permet de mesurer les différences entre les deux approches), de l'art-thérapie (travail personnel avec la peinture, le dessin, le modelage, les marionnettes et les masques, le travail de la voix et du mouvement, le théâtre, la danse...), l'acquisition de contenus théoriques liés à la psychologie du développement, à la psychanalyse, à la relation d'aide et à la psychopathologie, et enfin la formation à l'outil des « arts plastiques ». Enfin, deux stages dans deux institutions, pour un total de 300 heures, doivent être réalisés en cours de formation.</p>
Compétences	Afin d'intervenir auprès du public, l'art-thérapeute doit être en mesure de s'adapter aux différents patients à prendre en charge. Pour cela, il doit donc bénéficier d'outils de communication adéquats et faire preuve de créativité. Mais, des compétences analytiques sont aussi les bienvenues afin de pouvoir repérer les dynamiques développées par les patients : transfert et contre transfert, hyper investissement, passage à l'acte, déni... Bref, des connaissances de base de l'outil relationnel sont donc toutes aussi importantes que des connaissances de l'outil artistique. En effet, manquer d'assurance lors de la conduite de l'action artistique, du processus créatif pourrait occasionner une gêne se répercutant sur l'organisation, la création du cadre thérapeutique. Enfin, afin de se prémunir de comportements desservant le patient, il est nécessaire pour le thérapeute de pouvoir prendre du recul par rapport à l'intervention et d'adopter une attitude

¹²⁶ Site de la haute école de travail social et de la santé du canton de Vaud <http://www.eesp.ch/>, consultation 30.07.09

	posée lors des séances menées avec le patient. Par une attitude calme, une empathie par rapport à son vécu, et une mise en confiance et une écoute des besoins du patient, le praticien devrait pouvoir trouver une juste mesure entre proximité et prise de recul. Enfin, garantie d'une bonne intervention, une autoanalyse continue et efficace de l'art-thérapeute doit pouvoir être mise sur pied, soit par le praticien lui-même, soit en s'appuyant sur des ressources comme la supervision.
Déontologie/Ethique	Les art-thérapeutes s'appuient sur le code de déontologie de l'association professionnelle suisse des art-thérapeutes (APSAT) pour guider leur intervention. Le professionnel interrogé ajoute que son action se veut avant tout réalisée dans le respect des défenses du patient. Enfin, l'ouvrage lu indique que l'intervention est réalisée dans le respect de l'intégrité et de la dignité de la personne.
Champ d'intervention	Au sein de l'institution visitée, l'art-thérapie est confondue avec l'animation qui connaît un taux d'engagement de 200%. Le financement des postes s'effectue uniquement par la clinique et la plage de temps destinée à l'art-thérapie demeure donc floue et dépend principalement de la demande, et des disponibilités qui peuvent être négociées avec les besoins de l'animation en personnel. En effet, une seule personne est habilitée à réaliser de l'art-thérapie dans la structure ce qui est d'ailleurs assez propre aux art-thérapeutes qui ont peu d'occasion d'œuvre en équipe. Dans la structure visitée, l'art-thérapie est en lien avec le service de neurologie. Mais, dans le champ hospitalier en général, l'intervention se concentre aussi dans le domaine de la psychiatrie. En pédiatrie, l'« association des pinces magiques » réalise également un travail de peinture sur soie qui peut être assimilé à de l'art-thérapie. A l'avenir, l'art-thérapie pourrait également se voir rattachée au service de psychosomatique regroupant les psychiatres et psychologues de la clinique.
Conditions d'intervention	L'intervention en art-thérapie résulte d'une proposition de traitement du médecin. Dans le cadre clinique, le thérapeute peut voir le patient jusqu'à cinq fois par semaine. Un patient dont l'agitation ne peut être canalisée (TCC en phase d'éveil par exemple) sera difficile à garder dans une séance d'art-thérapie. Dans ce cas, l'art-thérapeute va proposer au patient, dans un premier temps, de marcher avec lui ce qui lui permettra de se familiariser avec le professionnel qui le prend en charge. Les séances d'art-thérapie démarreront lorsqu'il pourra rester dans un espace fermé au moins 30 minutes. Les lieux d'intervention privilégiés par les art-thérapeutes sont les chambres, les petits salons des étages ou plus généralement des salles spécifiquement aménagées pour ce type d'activité. Plus rarement, les art-thérapeutes interviennent également à domicile.
Préparation de l'intervention	<u>En terme d'attitude</u> Afin d'intervenir correctement auprès du patient, un cadre thérapeutique incluant le non jugement et une non évaluation artistique des réalisations des patients doit être mis sur pied. <u>En terme d'informations</u>

	<p>La préparation de l'intervention nécessite la connaissance des pathologies des patients via un accès à leurs dossiers, en cas de besoin. De plus, elle requière aussi une réflexion sur le sens à donner à l'intervention, et sur le matériel à mettre à disposition. En effet, il est capital de s'interroger sur la pertinence d'engager l'action, les objectifs à atteindre, sur le choix argumenté de l'objet médiateur, la capacité pour le thérapeute et le patient d'engager l'action, et les mécanismes qui y sont liés, les occurrences et impacts des conseils pour appréhender la matière. Tout ceci nécessite donc la collecte de données destinées à émettre un avis aussi juste que possible sur la manière de procéder.</p>
Outils et matériel utilisé	<p>L'art-thérapie recouvre un nombre important d'objets médiateurs qui, selon les cas, seront retenus ou non : argile, aquarelle, pâte à modeler souple, crayon gras, gros feutre, collage, pâte à modeler dure, feutre fin, crayon de couleur, crayon gris, terre, masque, maquillage, poésie... Outres ces objets médiateurs, les art-thérapeutes peuvent également compter sur des outils d'évaluation comme les grilles d'observation, les autoquestionnaires, les analyses de tracés, les analyses émotionnelles, les analyses de mobilité, les grilles descriptives, les fiches de dépouillement, les analyses de contenus d'ateliers... Enfin, dernier point important destiné à permettre la conduite d'une action en art-thérapie, une série de critères destinés à fixer le cadre sont établis. Par exemple, il s'agit de choisir la thématique traitée (identité, image du corps, le toucher, les sensations, les pensées, les fantaisies...), les couleurs mises à disposition, le type de papier (gros grain / lisse, carton), le type de peinture (liquide, solide, gel, cire, poudre, aquarelle, acrylique, détrempe à l'oeuf, à l'huile...), et le type de texture pâte à modeler végétale et plastique, pâte à sel, plâtre...) selon la sensation souhaitée (mou, froid, collant, compact, épais, fluide, rugueux, humide, cassant, salissant...).</p> <p>Ensuite, l'art-thérapie s'appuie aussi grandement sur un travail d'observation. Qu'il s'agisse d'observer, des symboles, l'évocation de mythes ou légendes, des symétries, des formes, des bourrages, des stéréotypies, des traits, des points, des aplats, le processus est principalement destiné à orienter le patient lors de sa réappropriation de sa création. Ce temps est donc essentiel lors du processus thérapeutique et peut donc être considéré comme un outil en soi. En effet, ce travail de réappropriation est parfois la seule occasion pour le patient de prendre du recul sur lui-même, de se retrouver face à son vécu, ses affects, ses perceptions de la réalité. Au fil de la thérapie, c'est donc l'occasion pour l'art-thérapeute d'évoquer les perceptions de mouvements du corps sur la production, le vécu du processus, les nuances et répulsions colorées, les phantasmes, les conflits, les peurs achaïques du patient observés.</p> <p>Enfin, il est peut-être important de noter que les observations réalisées par le soignant dépendent des racines culturelles de ce dernier. Il est donc important qu'il en soit conscient lors de la mise en parallèle de ce que le patient a appris, acquis comme vision du monde et ce que le soignant a comme vision de la production. Cette subjectivité ne permet donc pas l'interprétation, la classification, le diagnostic du patient. Au contraire, les observations réalisées demeurent modérées et soumises à une forte interprétation qui nécessite un travail d'autoévaluation important de la part du professionnel via le recours à des supervisions ou auto-analyses.</p>

Défis futurs pour la profession	<p>Selon les références théoriques consultées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquérir une rigueur méthodologique et clinique - Mieux intégrer la prise en charge de l'adolescent au sein de la formation, des préoccupations des professionnels formés - Disposer d'un discours clair par rapport à la propriété des œuvres produites qui demeurent être la propriété de la thérapie et nullement du thérapeute ou du jeune. L'autorisation écrite des deux partis est donc nécessaire pour tout emploi de l'œuvre produite par le patient <p>Pour le professionnel formé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier d'un bon approvisionnement en matériel et donc en budget - S'étendre à d'autres services que la psychiatrie, les psychopathologies et la réadaptation - Être reconnu comme formation paramédicale, médicale en Suisse et donc être remboursé par les caisses maladie.
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : la réalisation d'un entretien avec un art-thérapeute oeuvrant dans le domaine de la réadaptation, la consultation des ouvrages suivants : SUDRES, Jean-Luc.- L'adolescent en art-thérapie. Paris : Dunod, 1998, et <i>La personne âgée en art-thérapie : de l'expression au lien social</i>. Paris : L'Harmattan, 2004, et la consultation du site de l'association professionnelle suisse des art-thérapeutes http://www.art-therapeute.ch/, et enfin la consultation du site de la haute école de travail social et de la santé du canton de Vaud http://www.eesp.ch/</p>

Musico-thérapeute

Aperçu historique	<p>Dès 1971, un cercle de pionniers de la musicothérapie, suisses et étrangers, se retrouve annuellement dans l'Oberland bernois pour un "Forum de musicothérapie". Les participants suisses de ce forum encouragent le développement de la musicothérapie en Suisse et fondent en 1981 l'Association professionnelle Suisse de Musicothérapie (ASMT). Ceci contribue peu à peu à développer le métier qui, lors du huitième congrès mondial de musicothérapie à Hambourg en 1996, est reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) comme une profession de la santé dans le domaine psychologique.</p> <p>Dans la clinique visitée, la musicothérapie s'est développée suite à la création d'un service similaire dans une autre clinique. Néanmoins, il fallut environ cinq ans avant que le rôle de la musicothérapie soit vraiment connu et conscientisé par les cadres. Au début, des mini-conférences étaient même organisées par le professionnel rencontré pour expliquer son rôle, sa mission, son mode d'action aux acteurs de la structure hospitalière.</p> <p>A l'heure actuelle, l'envoi régulier d'e-mail, à destination de l'ensemble du personnel, permet encore de faire prendre conscience, à de nouvelles personnes, du sens que revêt la musicothérapie au sein de la clinique.</p> <p>La promotion de la musicothérapie n'est donc pas finie, et elle ne connaîtra sans doute jamais de fin, vu la forte mobilité du personnel médical, rythmée par le départ et l'arrivée de nouveaux soignants.</p>
Fonctions/Buts poursuivis	<p><i>Une action sociale avant tout</i></p> <p>La musicothérapie occupe une fonction thérapeutique à la clinique. Elle collabore avec des neuropsychologues et est donc intégrée au sein du service de neuropsychologie.</p> <p><u>Fonction de stabilisateur émotionnel</u></p> <p>L'utilisation de la musique permet de travailler sur les émotions de la personne via l'utilisation de techniques de relaxation, et le recours à des sonorités destinées à calmer, réduire l'anxiété ou encore limiter le risque de dépression. A travers la musique, c'est aussi l'occasion pour la personne de revivre des événements, des émotions fortes de sa vie passée, d'échanger sur son vécu et de soigner d'éventuelles angoisses liées à sa situation passée ou actuelle.</p> <p><u>Fonction d'accompagnement</u></p> <p>La musique permet également d'appivoiser le patient, de créer peu à peu une relation d'aide. Moyen de communication empli de légèreté, grâce à une multiplicité de sonorités, il s'agit de découvrir l'autre, de le comprendre petit à petit, en s'adaptant à son rythme. En entrant peu à peu dans une relation de confiance, il s'agit de permettre à chacun de grandir par un enrichissement mutuel où la personne aidée va pouvoir accepter une nouvelle situation, comme par exemple</p>

	<p>réaliser un deuil.</p> <p><u>Fonction de conscientisation</u></p> <p>Par l'échange, la relation créée au travers de la musique, la musicothérapie amène aussi le patient à identifier les causes de sa souffrance, à prendre conscience de lésions dont il est victime, de troubles du comportement qui l'habitent. Par la création d'un contenu cohérent, l'individu peut donc petit à petit prendre conscience de qui il est et de ce qu'il fait, des changements qui résultent de son hospitalisation, et des éléments constitutifs de sa « nouvelle identité ».</p> <p><u>Fonction de reconstruction d'identité</u></p> <p>En offrant un cadre sécurisé et une relation de confiance, la musicothérapie se veut également constitutive de l'autre en ordonnant, co-construisant avec le patient un contenu musical, en dépassant la simple conscientisation de changements intervenus dans le vécu du patient pour déboucher sur une réflexion sur son identité propre : échanger des impressions sur ses ressentis, l'aider à récupérer des compétences, comprendre la relation qu'il entretient avec autrui, avec la musique en général, et avec lui-même. Par la mise en place d'objectifs concrétisables, il s'agit donc, pour le musicothérapeute, de petit à petit faire progresser le patient vers un mieux-être.</p> <p><u>Fonction d'expression</u></p> <p>Par la mise à disposition d'un autre canal de communication, la musicothérapie favorise l'expression du patient dans son propre contexte culturel, social, historique et géographique. Elle veille aussi, par une écoute par le patient de morceaux de musique ou de sonorités, à mieux comprendre ses perceptions de la musique : impact de l'œuvre au niveau intellectuel, ressenti, réaction physique, verbalisation. De même, en extériorisant un contenu, le patient se trouve en position de musicien, de créateur. Il est valorisé dans ce qu'il fait et peut donc se sentir reconnu dans ce qu'il est, dans l'affirmation de sa pensée personnelle.</p>
Forme de la prise en charge	<p>La musicothérapie œuvre auprès des autres acteurs de l'institution afin les informer sur son action, son rôle et la mission à laquelle elle répond. Sinon, son action se limite strictement aux patients, et plus particulièrement, dans le cas de l'institution visitée, ceux atteints de troubles du comportement.</p> <p>Privilégiant souvent une approche individualisée, la musicothérapie œuvre auprès des patients dès leur hospitalisation jusqu'à leur sortie. Bien que l'intervention s'effectue plutôt à long terme, la musicothérapie se veut destinée à tout patient vivant mal son état présent. Parmi les publics les plus concernés par une intervention thérapeutique, nous retrouvons les psychotiques, les déficients mentales, les personnes à faibles potentiels, et tous les patients victimes de repli sur eux-mêmes ou d'isolement.</p>

La formation en quelques mots	<p>La formation de musicothérapeute s'effectue sur 3-4 ans en cours d'emploi. L'âge minimum pour y entrer est: de 25 ans. Une formation préalable dans le domaine social ou musical, et une expérience dans le domaine où le candidat n'est pas au bénéfice d'une formation est une condition nécessaire à l'admission.</p> <p>Les cours dispensés durant la formation porte sur la connaissance de soi par la musicothérapie, la psychothérapie et la supervision individuelle. Ils permettent également aux étudiants de davantage se familiariser avec le domaine médical via une prise de connaissance des pathologies et des psychopathologies des patients, une meilleure compréhension du psychique de l'individu, et l'apprentissage de connaissances plus précises en anatomie.</p> <p>La formation continue nécessite beaucoup d'investissement personnel afin de glaner des informations auprès des infirmiers et des médecins, ou encore sur internet.</p>
Compétences	<p>Afin d'effectuer la profession de musicothérapeute, il est important de disposer de quelques connaissances sur les pathologies des patients et la psychologie de l'individu. De même, un certain savoir-faire en terme de créativité, de sens de l'organisation, de techniques musicales (modulation de la voix, pratiques instrumentales) demeure une nécessité.</p> <p>Être rassurant, faire preuve de disponibilité, d'écoute, parfois aussi de patience sont des attitudes relationnelles vitales à l'exercice du métier. Mais, l'essentiel pour le musicothérapeute est certainement d'être authentique dans la relation au patient.</p> <p>Parmi les compétences que le musicothérapeute développe continuellement, il me faut encore mentionner l'adaptation continue aux publics avec lesquels il intervient, et au rythme de la structure qui l'emploie. Enfin, afin de réaliser son travail, le musicothérapeute doit aussi être capable de savoir poser le cadre tout en conservant une certaine distance, faire preuve d'observation et d'esprit critique. Pour durer, il est également essentiel qu'il sache se ménager du temps pour se ressourcer et maintenir une intervention de qualité.</p>
Déontologie/Ethique	<p>Le musicothérapeute appuie son intervention sur le code de déontologie de l'association professionnelle Suisse de Musicothérapie (ASMT).¹²⁷</p>
Champ d'intervention	<p>De manière générale, les musicothérapeutes travaillent individuellement et plutôt à temps partiel, à un taux oscillant entre 20 et 50%. Ils sont engagés par les structures hospitalières bien qu'ils n'y soient pas toujours représentés sous cette dénomination. Dans le cas de l'institution visitée, le professionnel interrogé est rattachée à l'unité de neuropsychologie, et travaille avec les neuropsychologues qui sont des collègues. Cette équipe fait elle-même partie du service de réadaptation en neurologie.</p> <p>Outres les services de neurologie, les musicothérapeutes interviennent aussi dans les services d'oncologie, de psychiatrie (psychosomatique, psychothérapie), de cardiologie, de néonatalogie, et de pédiatrie. Enfin, si j'en crois le site de l'association suisse des musicothérapeutes, la psychiatrie adulte, la pédagogie curative et la gériatrie sont les</p>

¹²⁷ Voir l'association professionnelle Suisse de Musicothérapie (ASMT) <http://www.musictherapy.ch/>

	domaines privilégiés d'intervention des musicothérapeutes.
Conditions d'intervention	<p>Les musicothérapeutes reçoivent leurs patients uniquement sur ordonnance médicale provenant du médecin. Cependant, les situations des patients sont discutées en colloque pluridisciplinaire ce qui permet donc à chaque membre de l'équipe de relayer la nécessité ou non d'un traitement en musicothérapie. L'intervention résulte souvent de propositions préalables de la musicothérapeute elle-même, des soins infirmiers, ou plus rarement du patient qui cherche un maximum de moyens de se reconstruire. Le médecin a donc surtout un rôle de validation des propositions qui lui sont soumises.</p> <p>En terme de durée, l'intervention varie selon le temps d'hospitalisation du patient. Ce dernier étant parfois difficile à déterminer, chaque séance doit représenter un tout en soi, car il n'est pas certain que le thérapeute va revoir le patient. En moyenne, les séances ont lieu deux fois par semaine, entre une au minimum et quatre fois au maximum. La durée de ces dernières varie entre trente minutes et une heure.</p> <p>Habituellement, les séances de musicothérapie ont lieu dans une salle spécifiquement conçue à cet effet, à l'écart de tous bruits perturbateurs. Plus rarement, par exemple dans le cas de fin de vie, les musicothérapeutes interviennent directement dans les chambres des patients.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'informations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation des dossiers médicaux et de précédentes annotations - Connaître les pathologies du patient - Prendre connaissance du passé musical du patient si celui-ci est connu - Identifier les affections du patient afin de se fixer avec le patient des pré-objectifs <p><u>En terme d'environnement et de sécurité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier d'un espace intimiste, silencieux, limité en objets, personnes, phénomènes extérieurs et donc propice à l'écoute - Arranger la salle comme le patient la trouver la dernière fois afin d'instaurer un cadre sécurisant - S'équiper contre les infections lors de certaines interventions en chambre où les patients sont particulièrement enclins à être victime de virus : utilisation de gants, masque, blouse et limitation des contacts avec le corps du patient <p><u>En terme d'attitude</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Être prêt à se mettre à l'écoute, à entrer en empathie avec le patient - Être attentif aux risques de dépendance à la thérapie que peut développer le patient - Garder à l'esprit que la musique est un moyen et non un but en soi

Outils et matériel utilisé	<p>L'intervention en musicothérapie s'appuie sur toutes sortes de concepts liés aux techniques de comportementalisme et d'élaboration verbale. L'intervention prend tout particulièrement en compte l'analyse des perceptions de l'individu, et de ses intensions. Dans l'ouvrage que j'ai lu, il est également fait mention du quadrilatère de Rosolato et de l'apprentissage de la structuration du cerveau via l'étude du rôle de chacun des hémisphères.</p> <p>Au-delà de ces concepts théoriques, le musicothérapeute peut aussi compter sur un matériel varié lors de l'intervention : lit monocorde permettant des réactions du corps par la vibration, musiques relaxantes, instruments basiques produisant du son, instruments ayant des effets relaxants, musiques destinées à replonger les patients dans leurs souvenirs.</p> <p>Enfin, le musicothérapeute intervient principalement à l'aide de deux modes de communications : l'analogique constitué de gestes, attitudes, intonations, mimiques, respirations, bruits divers, et le digitale constitué de mots.</p> <p>Une part importante de l'intervention auprès du patient consiste aussi à l'observer afin de pouvoir évaluer des modifications de comportements et ainsi mieux cibler les actions futures à entreprendre afin de le sortir de son mutisme, l'amener à un mieux-être.</p>
Défis futurs pour la profession	<ul style="list-style-type: none"> - Agrandir le service de musicothérapie afin d'échanger, d'avoir un collègue avec lequel débattre sur sa pratique - Bénéficier d'un regard extérieur, d'un second avis sur sa pratique - S'orienter davantage vers les souffrances physiques où la musicothérapie est encore peu présente dans l'institution visitée - Avoir un côté plus scientifique « biologique » pour défendre la profession, prouver ses bienfaits. Des études sont en cours sur le sujet. - Être mieux formé à relater l'acte thérapeutique musical et ce qui s'y joue lors de séances d'équipe
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un musicothérapeute oeuvrant dans la réadaptation, la consultation de l'ouvrage suivant : DUCOURNEAU, Gérard.- <i>Musicothérapie : clinique, technique, formation</i>. Toulouse : Privat, 1989 et la consultation du site de l'association professionnelles suisse des musicothérapeutes http://www.musictherapy.ch/,</p>

Enseignant

Aperçu historique	<p>Le développement de l'enseignement en milieu hospitalier a commencé dans un premier temps dans les pays scandinaves pour ensuite s'étendre vers différents pays d'Europe centrale dont la Suisse. En Suisse allemande, le développement et l'existence encore aujourd'hui de pédagogues hospitaliers restent importants. Les hôpitaux universitaires et les établissements de psychiatrie comptent parmi les principaux lieux d'intervention pour les enseignants. En Valais, le développement de ce nouveau champ d'intervention a été largement soutenu par le docteur Spahr qui a travaillé à Zürich et qui bénéficie de nombreux contacts au niveau international. Malgré ce précieux soutien, il faudra attendre une dizaine d'année, notamment à cause d'un contexte économique défavorable, pour que le Valais connaisse l'arrivée des premiers pédagogues en milieu hospitalier durant les années 1980-1990.</p> <p>L'émergence de pédagogues hospitaliers s'effectue aussi grâce à un changement de mentalité. En effet, la présence de l'enseignement tend à différencier le patient en tant qu'individu, dont il faut stimuler l'autonomie, et la maladie, en tant qu'objet qu'il faut traiter. De même, une meilleure prise en compte du ressenti du patient comme indicateur est désormais la norme. En résumé, l'apparition de l'enseignement en milieu hospitalier découle donc d'un changement fondamental : d'un processus de décision imposé au patient et à ses proches, vers un processus de décision participatif au sein du processus de soin. La relation du médecin avec les autres acteurs du monde hospitalier est donc également en train de se modifier. Avant, la relation avec le patient s'effectuait par injonctions. Le droit à l'intimité était bien souvent bafoué, même dans des petites choses du quotidien, comme toquer à une porte. Désormais, le processus de soin n'inclut plus uniquement le patient, mais également sa famille et les autres professionnels.</p> <p>Répartis sur les quatre hôpitaux du Valais, Sion – Sierre – Martigny -Monthey, l'existence de pédagogues en Valais sera rapidement remise en question par un manque de travail important. Le pédagogue en place à l'hôpital de Sion continuera néanmoins d'intervenir jusqu'à il y a quatre ans, où suite à la restructuration qu'a connu les hôpitaux, son intervention est devenue une nécessité aux yeux de tous.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p>Fonction structurante</p> <p>Par son intervention, le pédagogue hospitalier offre une structure contenant, sécurisante pour le patient. A travers quelque chose de connu, l'école, l'enseignant permet au patient de rester dans un rythme habituel, propre à n'importe quel enfant ou adolescent normal. Il s'agit de reconstruire, redonner des repères à l'écolier malade. Il est important pour l'enfant de conserver des repères dans un univers, l'hôpital, où tout lui est inconnu et où il est coupé de sa famille. Hélène Porchet¹²⁸ y fait d'ailleurs allusion : « L'enfant malade doit affronter toute une série de ruptures, de séparations qui influent sur son identité ». Il est donc capital pour l'enfant de rester en lien, de conserver des liens avec la classe, l'enseignant et les horaires. Par l'intermédiaire du pédagogue hospitalier, ceci est désormais rendu possible.</p>

¹²⁸ PORCHET, Hélène. – Sclérose en plaques et maladie grave : structures et enjeux. Lausanne : HEP Vaud, Juin 2006 p.11

Fonction préventive

Le pédagogue hospitalier a aussi pour rôle de prévenir des manques en conscientisant et responsabilisant le patient et ses proches par rapport à sa scolarité. En maintenant un rythme de travail, le patient facilite son retour à l'école. Il maintient des acquis, comble des lacunes et progresse dans les apprentissages scolaires.

Fonction de coordination

Par son intervention fondée sur une rencontre de l'école et de l'hôpital, le pédagogue hospitalier est en relation avec plusieurs professionnels. Il assure la coordination scolaire avec l'institution formatrice habituelle. Il informe et met en lien l'ancienne classe avec l'élève hospitalisé. D'autre part, c'est lui qui détermine la nécessité d'une prise en charge scolaire, en collaboration avec l'équipe soignante. Enfin, il favorise la poursuite des acquisitions scolaires pour les étudiants du secondaire II et pour les apprentis en prenant contact avec leurs institutions formatrices.

Fonction d'enseignement

Le pédagogue hospitalier recrée l'école. Il répond à une envie d'apprendre qui ne se limite pas qu'aux écoliers malades mais qui pourrait s'étendre à tous les patients. Il aide l'élève à comprendre ce qui lui a déjà été expliqué dans sa classe et qu'il n'a pas compris. Il déconstruit des raisonnements tronqués et construit des raisonnements s'appuyant sur le sens et non sur du par cœur. Il amène l'élève à être continuellement en recherche, attentif, éveillé à ce qui l'entoure, aux enjeux, causes et règles qui accompagnent une situation.

A travers la mise en place d'apprentissages, le pédagogue hospitalier conduit un projet de vie. Il donne des pistes de compréhension, d'appréciation du monde dans sa complexité. Il donne du sens aux apprentissages, montre les différents points de vue liés à un questionnement, permet le questionnement et l'ouverture, et construit ainsi, avec l'élève, une réflexion argumentée. Il amène l'élève à construire lui-même son propre discours, à créer sa théorie, et à prendre conscience de la complexité de l'apprentissage et à l'accepter. Ainsi, l'élève peut resituer l'apprentissage dans une problématique, comme construction d'une réponse, d'un questionnement. Enfin, il peut se situer dans son parcours d'apprentissage et comprendre, en reliant l'apprentissage scolaire à du concret, la théorie à des situations concrètes, la complexité et la difficulté d'un vécu.

Le pédagogue hospitalier donne du sens à tout ce qui se passe au cours du processus d'hospitalisation et de soin. Il conduit un processus d'enseignement motivé par le sens, situé entre le soutien (répétition d'un schéma d'apprentissage) et le suivi (explication, construction de la suite d'un apprentissage de base). Enfin, il nourrit l'identité socioculturelle de chacun.

	<p>Fonction d'expression</p> <p>Lors de son intervention, le pédagogue hospitalier aménage des espaces d'échange. Il permet aux patients de se décharger émotionnellement, pas forcément consciemment. En effet, avec le pédagogue, le patient a le droit de dire non. Il peut être révolté, découragé, abattu. Une discussion peut alors parfois s'engager afin d'identifier ce comportement. Par le point de vue différent qu'il adopte, l'enseignant va peut-être aussi en certaines occasions recevoir des confidences que le patient ne ferait pas aux soignants.</p> <p>Fonction d'empowerment</p> <p>Par sa simple présence en milieu hospitalier, le pédagogue permet déjà de redonner au patient une place dans la société, de le reconnaître comme un écolier normal et plus comme un individu exclu socialement à cause de sa maladie. Le pédagogue offre au patient une marge de manœuvre. Il a le droit de refuser son intervention. Il laisse l'élève être garant de son avenir. Il le responsabilise, le rend actif, le rend partie prenante de sa formation. Par son intervention, le patient est considéré autrement que comme un objet. Il reprend de l'emprise sur son quotidien.</p> <p>Fonction de soutien moral</p> <p>Le pédagogue, par sa proximité avec le patient et ses proches, rassure les proches sur les soins prodigués. Il assure une présence et comble ainsi la solitude qui guette les patients. De même, il rassure également les parents sur les capacités de l'élève à retrouver un rythme normal et de pouvoir réintégrer le système scolaire habituel. Par sa présence, il permet aussi de lier un avant et un après maladie, de reprendre espoir, de donner un but, tant aux élèves qu'à leurs proches. Enfin, il met un frein à la volonté systématique, d'une partie des soignants, de mettre l'intervention thérapeutique au-dessus de l'intervention relationnelle.</p>
<p>Forme de la prise en charge</p>	<p>La prise en charge réalisée par le pédagogue en milieu hospitalier vise tous patients de toutes pathologies en âge de scolarité obligatoire, connaissant soit des affections physiques, soit mentales (les handicapés profonds ne sont pas pris en charge). Dans certains cas, des patients en âge post-obligatoire peuvent également être concernés. En priorité, les jeunes malades effectuant des séjours de longue durée sont concernés. En effet, pour des périodes de courtes durées, les parents peuvent parfois servir d'intermédiaire et donc se substituer à l'enseignant.</p> <p>L'intervention du pédagogue en milieu hospitalier s'effectue en collaboration avec la famille, les proches et l'enseignant titulaire à qui il donne des informations, et qu'il s'agit aussi parfois de rassurer.</p> <p>L'intervention est principalement effectuée sous forme individualisée afin de gagner en intensité et de favoriser la libre expression de l'enfant, dans une relation duelle qui se veut plus intimiste. Elle se veut adaptée au programme de chaque enfant selon ses propres connaissances scolaires. En général, le pédagogue hospitalier tâche de collaborer avec</p>

	<p>l'enseignant de la classe de l'enfant, de favoriser l'interaction entre sa classe habituelle et lui.</p> <p>Plus rarement, il arrive que l'intervention se réalise sous la forme de la prise en charge d'un petit groupe connaissant des besoins d'apprentissage communs ou complémentaires.</p>
La formation en quelques mots	<p>Afin de devenir pédagogue en milieu hospitalier, aucune formation spécifique n'est requise. La réalisation d'une HEP afin de devenir instituteur peut donc suffire, dans un premier temps. Cependant, afin d'être à l'aise lors de l'intervention, des compléments de formation sur la douleur, la mort, l'écoute de la personne malade sont vivement conseillés. C'est d'ailleurs ce que le professionnel interrogé a fait. De même, être au bénéfice d'une formation d'enseignant spécialisé (formation universitaire en pédagogie curative section scolarisable ou formation spécifique réalisée auprès de la HEP) ou encore avoir réalisé des compléments liés à la psychiatrie ou à la psychologie sont des atouts précieux.</p> <p>Le contenu de formation¹²⁹ délivré par la haute école pédagogique comprend trois thématiques orientées autour de la profession enseignante, la conception, la conduite et la régulation des apprentissages, et enfin la gestion de la classe. Les études comprennent des modules obligatoires et optionnels composés de cours et de séminaires. Outre l'aspect théorique, des stages blocs et filés (combinaison de cours et d'intervention sur le terrain dans une même semaine) permettent d'apprécier pratiquement le métier futur. En fin de cursus, la réalisation d'un mémoire, sur une thématique choisie par l'élève, clôt la formation.</p>
Compétences	<p>Un certain nombre de compétences sont nécessaires afin d'intervenir comme pédagogue en milieu hospitalier. Tout d'abord, il faut être généraliste en terme de matières à enseigner et faire preuve d'une grande capacité de créativité et d'improvisation. En effet, la maîtrise de connaissances et de méthodes pédagogiques ne permet pas toujours de s'adapter aux pathologies. Ensuite, un certain nombre d'attitudes peuvent faciliter l'intervention auprès du patient : l'empathie, l'écoute, la disponibilité. En faisant preuve de tact et en s'adaptant au rythme d'apprentissage du patient, il s'agit de travailler sur deux temps qui peuvent varier en fonction des individus : un premier temps d'appropriation personnelle ou de choix individuel, et un second temps destiné à la compréhension du sens, du contenu. Enfin, il est important pour le pédagogue de conserver une certaine distance, de pouvoir gérer ses émotions afin d'analyser son ressenti et la situation du patient avec objectivité. En effet, la particularité d'une intervention dans un tel milieu résulte sans doute de l'engagement personnel que le pédagogue doit effectuer. Souvent, ce dernier doit utiliser sa personnalité pour rendre vivant le processus d'apprentissage. Il est donc directement engagé auprès du patient avec le risque de conduire une approche réflexive de sa pratique qui soit tronquée par des ressentis. Pour éviter de telles dérives, il est donc essentiel que le pédagogue puisse travailler en équipe, s'appuyer sur des collègues d'autres professions et s'exprimer aussi bien avec les patients qu'avec les autres acteurs du système de soin. Pour cela, il faut donc que le pédagogue soit en mesure d'être souple, flexible par rapport aux lieux de travail, aux horaires, aux pathologies, aux équipes soignantes, aux enseignants de l'école d'origine, aux programmes scolaires et enfin aux patients et à leurs proches, et à une masse de travail qui peut s'avérer très variable. Sans cela, il sera difficile pour lui de durer dans un tel milieu.</p>

¹²⁹ Site de la HEP Vaud <http://www.hepl.ch/> consulté le 06.08.09

Déontologie/Ethique	L'intervention du pédagogue en milieu hospitalier est conditionnée par le secret professionnel et médical, et s'appuie sur le non jugement. Il est encore demandé aux pédagogues hospitaliers d'avoir le souci de leur formation continue et de respecter le code de déontologie des enseignants mise en place par la société pédagogique romande ¹³⁰ (SPR).
Champ d'intervention	<p>Le pédagogue hospitalier n'existe pas au niveau de l'organigramme. En effet, il est payé par l'office de l'enseignement spécialisé, lui-même rattaché au service cantonal de l'enseignement (DECS). Il est donc considéré comme un intervenant extérieur, dépendant des autorités communales qui ont pour charge de contrôler son travail. Cependant, sur le papier, il est stipulé qu'il est placé sous la surveillance du médecin-chef du site hospitalier dans lequel il est appelé à intervenir.</p> <p>En terme de taux d'activité, son pourcentage varie en fonction de la demande, mais cela reste du temps partiel tout comme c'est le cas dans l'exemple français dont fait mention le livre¹³¹ que j'ai consulté.</p> <p>Le pédagogue en milieu hospitalier intervient principalement en pédiatrie, en pédopsychiatrie et en psychiatrie. Si l'élève y trouve un sens ou dans le cas d'un lien déjà créé avec l'élève, le pédagogue en milieu hospitalier peut également intervenir lors de fin de vie. L'intervention dans une telle situation se veut aussi un message d'espoir, une incitation à continuer de se battre. L'auteur¹³² cite notamment le cas d'un élève leucémique de 5ème année qu'il avait dû prendre en charge et pour qui le pronostic était très réservé. Cela ne l'a pas empêché de guérir et de continuer, par la suite, sa scolarité tout à fait normalement.</p>
Conditions d'intervention	<p>L'intervention du pédagogue dépend de l'état de fatigue, physique et psychique, du patient, de la disponibilité de l'élève suite au temps mobilisé par le traitement, et enfin de sa volonté à apprendre. Généralement, l'intervention résulte de la demande de l'élève lui-même, ou encore de celle des parents ou de l'institution scolaire. Cependant, pour que l'intervention devienne effective, une discussion préalable est réalisée avec l'équipe et le médecin qui donne son autorisation (en psychiatrie, la décision provient de toute l'équipe).</p> <p>Le professionnel interrogé est payé en fonction du besoin auquel il doit répondre. Son temps de travail n'est pas clairement établi. En général, il intervient avec chaque patient durant 1 heure à 1 heure 30 par jour, 5 jours par semaine. Lors de patients plus âgés, le pédagogue intervient seulement deux fois par semaine, en fonction de leur autonomie. Dans certains cas, comme celui des phobies scolaires, l'intervention se veut davantage limitée. Elle peut donc ne pas excéder une quinzaine de minutes.</p>

¹³⁰ Code de déontologie de la SPR sur le site de l'association française Dotclear <http://s.huet.free.fr/paideia/paidogonos/codech.htm>

¹³¹ PEYRARD, Jean-Pierre.- *L'enseignement en milieu hospitalier : la leucémie ou le complément d'objet direct*. Paris : L'Harmattan, 1999

¹³² PEYRARD, Jean-Pierre.- *L'enseignement en milieu hospitalier : la leucémie ou le complément d'objet direct*. Paris : L'Harmattan, 1999

	<p>Au cœur de l'hôpital, un certain nombre de lieux sont consacrés à l'apprentissage : la salle de classe de la pédiatrie, les chambres des enfants, les salles de classe à proximité de l'hôpital. Selon les mandats, l'intervention à domicile a lieu ou pas. Pour le professionnel rencontré, cela permet d'avoir un suivi lors de périodes transitoires de convalescence. Par contre, dans le cas de ma lecture¹³³, l'intervention à domicile n'est pour l'instant pas envisagée. En effet, cela permet d'éviter un conflit de territoire. En intervenant à domicile, le pédagogue entre sur le territoire de l'enfant. Il peut générer des conflits d'autorités (de l'exercice du pouvoir) entre enseignants et école, et parents et maison. L'enseignant ne doit pas se substituer aux parents lorsqu'il intervient à domicile. Enfin, l'intervention à domicile ne donne plus le droit à l'individu de se distancer de l'école. Dans l'exemple évoqué, en cas de retour à domicile, l'élève se déplace donc jusqu'à l'hôpital pour suivre ses cours.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'informations</u></p> <p>Pour intervenir auprès des patients, les pédagogues hospitaliers ont accès aux dossiers médicaux des patients, bien que ces derniers ne les consultent pas forcément. En général, la transmission d'informations par les soins sur l'état de forme physique et psychique de l'élève se révèle privilégiée par les professionnels. En effet, la connaissance de la situation du patient, de son état du jour et de l'environnement dans lequel il évolue se révèlent importants afin d'être à l'aise lors de l'intervention. Enfin, ils peuvent influencer sur les normes d'hygiène à observer : utilisation de gants chirurgicaux, de socs synthétiques, d'un bonnet stérile, de masque, de sarrau, nécessité de se laver les mains...</p> <p><u>En terme d'attitudes</u></p> <p>Avant d'intervenir auprès des patients, il s'agit de réfléchir à la manière d'entrer en lien, d'instaurer de la connivence, de motiver les patients, de les rejoindre. De même, il faut être prêt à accepter d'entrer dans une relation authentique avec le patient, dénuée du cadre institutionnel qu'offre habituellement l'école. Le pédagogue hospitalier peut se retrouver confronter à la maladie et ses conséquences difficilement prévisibles sur l'individu. Enfin, la mort est également proche des patients et donc du pédagogue. Qu'elle soit inattendue, révoltante, cachée ou évoquée par les patients ou les proches, le pédagogue hospitalier doit être capable de s'y confronter.</p> <p><u>En terme d'environnement</u></p> <p>L'intervention se veut aussi complexe, dans un système où les services sont généralement cloisonnés. De plus, le statut du pédagogue hospitalier se veut souvent précaire, en mal de considération. Il est donc essentiel que le pédagogue hospitalier</p>

¹³³ PEYRARD, Jean-Pierre.- *L'enseignement en milieu hospitalier : la leucémie ou le complément d'objet direct*. Paris : L'Harmattan, 1999

	puisse intégrer ces paramètres et les prendre en compte dans l'approche réflexive de sa pratique.
Outils et matériel utilisé	<p>Le pédagogue peut compter sur le matériel habituel auquel recourent les enseignants : matériel scolaire habituel, exemplaires de livres de tous les degrés de l'école obligatoire, devoirs... Outre ce matériel, un certain nombre de ressources permettent au pédagogue d'intervenir.</p> <p>Tout d'abord, le pédagogue peut s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire qui se réunit hebdomadairement (en psychiatrie) lors de colloques. Les notes permettent aussi de vérifier la matière que les écoliers ont acquise, et les dossiers médicaux d'expliquer certaines variations dues à l'état de forme. Ensuite, via des feedbacks réalisés auprès du médecin, de l'équipe, de l'enseignant habituel de l'enfant, le pédagogue hospitalier permet d'améliorer le suivi de l'écolier, que son état se détériore ou qu'il s'améliore. Dans certains cas, la réalisation d'une attestation pour un passage dans un degré supérieur peut également favoriser la réintégration de l'écolier dans la filière scolaire traditionnelle.</p> <p>Outre ce travail auprès du patient, le pédagogue réalise aussi un rapport annuel à l'attention des autorités de contrôle que représente la commune. Ce dernier lui permet donc de donner une trace à l'intervention réalisée. Dans cette même optique, le pédagogue répertorie aussi ses activités où chaque patient est consigné. Il transmet ses observations sur le comportement et l'attitude de l'élève durant la durée de l'intervention. Enfin, il planifie les périodes d'enseignement, évalue les besoins d'apprentissage de chaque élève, et gère le budget nécessaire au matériel scolaire.</p>
Défis futurs pour la profession	<p>Un des défis qui attend les pédagogues hospitaliers provient sans doute de la nécessité pour eux d'être reconnus par le grand public, d'être considérés comme un mode d'intervention obligatoire. Plusieurs dispositions légales relevées par Hélène Porchet¹³⁴ vont pourtant dans ce sens. En effet, selon la déclaration des droits de l'homme de 1948 « Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. L'enseignement élémentaire est obligatoire. L'enseignement technique et professionnel doit être généralisé ; l'accès aux études supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leur mérite.¹³⁵ ». De plus, celle de 1959 précise : « L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.¹³⁶ ». Enfin, d'autres sources viennent encore étayer la nécessité de cette intervention, comme la charte européenne¹³⁷ de l'enfant hospitalisé, pour qui « l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel. » Enfin, des dispositions cantonales renforcent encore cette notion de droit indiscutable à l'éducation. Selon la loi scolaire vaudoise¹³⁸ concernant les dispositions liminaires sur le handicap : « Si une scolarité dans l'une des classes prévues par l'article 15 de la loi est possible et souhaitable, les mesures d'adaptation nécessaires sont établies d'entente avec l'enseignement spécialisé. Dans le cas contraire, le directeur ou le président de la commission scolaire peut</p>

¹³⁴ PORCHET, Hélène. – Scolarisation et maladie grave : structures et enjeux. Lausanne : HEP Vaud, Juin 2006 pages 17-18-19-20-21

¹³⁵ Selon l'article 26 alinéa 1 des droits de l'homme ONU du 10.12.1948 <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>

¹³⁶ Selon la déclaration universelle des droits de l'homme (principe 5) ONU 20.11.59 <http://www.udaf36.fr/Documents%20de%20base/Textes%20fondamentaux/droitsdesenfants.pdf>

¹³⁷ Charte européenne de l'enfant hospitalisé (article 7), Leiden (1988) http://dea.hug-ge.ch/_library/pdf/charteunesco.pdf

¹³⁸ Loi scolaire vaudoise du 12 juin 1984, article 4 a <http://www.rsv.vd.ch/dire->

[cococon/rsv_site/doc.pdf?docId=576220&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=0&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=&page_format=A4_3&isRSV=true&isSJJL=true&outformat=pdf&isModifiante=false](http://www.rsv.vd.ch/doc.pdf?docId=576220&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=0&PetatDoc=vigueur&Pversion=&docType=&page_format=A4_3&isRSV=true&isSJJL=true&outformat=pdf&isModifiante=false)

décider de l'orienter, en collaboration avec les instances et personnes concernées, vers une classe ou une école d'enseignement spécialisé. » La loi valaisanne¹³⁹ se veut pour sa part encore davantage précise, stipulant clairement l'enseignement en établissement hospitalier comme mode d'action : « L'enseignement à domicile ou en établissement hospitalier est destiné aux élèves dont l'état ne permet pas les déplacements, mais qui seraient en mesure de bénéficier d'un enseignement. » Elle ajoute même : « L'application de cet enseignement peut être introduite dès la première semaine d'absence et pour une durée minimale de quinze jours. La fréquence hebdomadaire et la durée des cours seront adaptées aux conditions et aux besoins du patient. Sur la demande des parents ou de la commission scolaire, le Département de l'instruction publique décide des modalités d'application de cette mesure. » Bref, même si le pédagogue hospitalier semble être reconnu d'un point de vue légal, les gens peinent à y recourir, comme nous le confie le professionnel rencontré. En effet, peu de gens savent que la profession existe.

En France, la profession se voit aussi menacée par le bénévolat car l'intervention est parfois mal comprise par les directions hospitalières qui y voit une démarche charitable, qui consiste, selon le bon vouloir du bénévole, à amener un plus au malade exclu. En réalité, une démarche de fond manque à ces bénévoles. Apprendre à apprendre, à construire un raisonnement, à donner un sens à son apprentissage est une démarche particulière qui nécessite une formation. Il ne s'agit pas simplement de faire apprendre par cœur des connaissances. Les buts et les actions menées par l'enseignement en milieu hospitalier le prouvent bien, même si elles demeurent souvent peu visibles d'un point de vue extérieur. Les autres défis de la profession consistent donc à susciter auprès des autres acteurs du monde hospitalier, de l'intérêt pour la profession. Il s'agit de casser des stéréotypes qui existeraient sur la profession, d'amener la société à être consciente des différentes fonctions et particularités liées à l'enseignement en milieu hospitalier, de changer le regard que la société, et plus particulièrement les acteurs de l'enseignement et des soins, porte sur l'humain : le patient est un apprenant doté d'un potentiel et en recherche, en quête de compréhension. Il ne s'agit pas d'un simple objet.

Autre défi important, le pédagogue hospitalier devrait être en mesure de s'appuyer sur un complément de formation permettant de préparer l'enseignant aux spécificités de la réalité hospitalière, aux particularités de ce champ d'intervention, notamment en terme de collaboration avec les soins. De même, la formation continue devrait être obligatoire, et cadrée par des critères précis. Enfin, selon Hélène Porchet¹⁴⁰, les pédagogues qui interviennent en milieu hospitalier devraient aussi bénéficier de mesures de soutien spécifiques à leur intervention comme pouvoir « bénéficier de supervision, ou de groupes de parole, au même titre que les soignants lorsque ces derniers sont confrontés à la difficile tâche d'accompagner un enfant et ses proches dans les derniers mois ou semaines de sa vie. » En effet, les pédagogues hospitaliers connaissent des besoins spécifiques. Tout d'abord, il est nécessaire lors de l'intervention en milieu hospitalier d'accorder davantage d'écoute, de mieux s'adapter à l'élève dans l'enseignement, afin de le prendre en compte individuellement, avec sa complexité. Ensuite, certains défis propres au cadre doivent également être relevés comme la nécessité de tenir compte du processus de soin dans l'intervention, ou encore la nécessité de collaborer avec les soins afin de faire se rencontrer corps et esprit.

¹³⁹ Loi cantonale (VS) sur l'enseignement spécialisé du 25 juin 1986 article 34 -35 http://www.vs.ch/Public/public_lois/fr/Pdf/411.3.pdf

¹⁴⁰ PORCHET, Hélène. – *Scolarisation et maladie grave : structures et enjeux*. Lausanne : HEP Vaud, Juin 2006 p. 96

¹⁴¹ PORCHET, Hélène. – *Scolarisation et maladie grave : structures et enjeux*. Lausanne : HEP Vaud, Juin 2006 p.95

	Enfin, le dernier défi de la profession passe sans doute par une meilleure définition de son statut, à travers des lignes directrices issues de l'hôpital et de l'école et qui guident le métier. Hélène Porchet ¹⁴¹ partage d'ailleurs cet avis : « J'ai réalisé que ce magnifique métier était encore peu connu et reconnu. Aussi, je trouve qu'il serait important de définir ou redéfinir le statut du pédagogue hospitalier et le faire connaître davantage. » La question de l'intervention à domicile est également à reconsidérer car les professionnels ne semblent pas tous être du même avis. Enfin, le développement d'une aide pour les jeunes hospitalisés qui sont au-delà de la scolarité obligatoire pourrait aussi être bénéfique, comme le relève le professionnel interrogé.
Sources	Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un enseignant spécialisé oeuvrant en pédiatrie, la lecture de l'ouvrage suivant : PEYRARD, Jean-Pierre.- <i>L'enseignement en milieu hospitalier : la leucémie ou le complément d'objet direct</i> . Paris : L'Harmattan, 1999, et enfin la consultation des sites suivants : le site de la HEP Vaud http://www.hepl.ch/ , le site de l'association Dotclear http://s.huet.free.fr/ , le site officiel des Nations Unies http://www.un.org/fr/ , le site de l'union départementale des associations familiales de l'Indre, le site officiel des hôpitaux universitaires de Genève, le site du recueil systématique des lois de l'état de Vaud http://www.rsv.vd.ch , et enfin le site de l'Etat du Valais http://www.vs.ch/Navig/home.asp .

Aumônier

Aperçu historique	<p>Suite à Descartes au 17^{ème}, la société est entrée dans une vision de l'individu coupée en deux parties : d'un côté l'esprit, et de l'autre le corps. Depuis lors, il existe deux mondes à l'hôpital : celui des soignants du corps médical (médecins, infirmiers...), et celui des soignants de l'esprit (action, sociale, culturelle et socio-culturelle). Dans ces derniers, nous retrouvons naturellement l'aumônier qui est un témoin d'espérance face à la souffrance, le désespoir, la solitude ou encore la mort. Bref, peu à peu l'hôpital s'est étatisé, professionnalisé, soustrayant à l'Eglise une partie des soins dont elle s'était chargée jusqu'ici. En formalisant davantage les soins, en mettant sur pied des formations spécifiques destinées aux soignants, l'Etat a donc peu à peu restreint le champ d'intervention de l'Eglise, créant ainsi une redéfinition des tâches des différents acteurs liés aux soins. A cet aspect, il faut aussi ajouter les progrès médicaux qui ont aussi joué un rôle important dans la nécessité de bénéficier de soignants détenteurs de formations spécifiques.</p> <p>Porteur d'une doctrine de foi, l'aumônier existait déjà autrefois, du temps où les soins envers les pauvres et les malades étaient encore du ressort de l'Eglise. Aujourd'hui, l'aumônier doit composer avec l'évolution de notre société. Actuellement, les patients n'entretiennent plus tout à fait la même relation avec la dimension spirituelle qui les habite. En effet, petit à petit, les brassages de population et la mondialisation ont révélé une multitude de croyances et de religions. L'auteur, Philippe Perruchoud, distingue également la religion de la spiritualité qui ne serait qu'une façon propre à chacun d'adhérer à une sorte de communauté universelle humaine qui veut bien croire en quelque chose qu'elle modèle à l'envie, selon les croyances de chacun. Dans ce contexte, l'aumônier se veut avant tout un chercheur avec l'autre, le patient, le malade, tout en restant évocatrice « du souci du croyant de se préoccuper des personnes qui sont atteintes dans leur santé ». Chercheur d'un sens à l'existence, témoin d'espérance en la résurrection, l'aumônier demeure en tout temps respectueux des croyances de celui qu'il prend en charge et ne fait qu'offrir une doctrine en laquelle chacun est libre de croire. Le travail d'aumônerie actuel se veut donc en premier lieu questionneur et à l'écoute, dans un espace propice (lieu de frontière entre la vie et la mort, temps d'attente permettant de se retrouver face à soi-même), à l'émergence des besoins spirituels de chacun.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p>L'aumônier a pour principale mission d'appliquer le projet de l'Eglise qui se veut être présente dans le monde, particulièrement auprès des personnes éprouvées. Pour se faire, il répond à différentes fonctions :</p> <p>Fonction de soutien</p> <p>L'aumônier offre, par une écoute de qualité qui fasse résonance, une présence particulière aux malades en fin de vie, à leurs familles, ainsi qu'au personnel infirmier et médical. De plus, il se veut être une présence d'Eglise dans l'hôpital en assurant une écoute et un dialogue attentifs aux besoins et aux questionnements du personnel. Enfin, son rôle consiste également à répandre une doctrine de foi partagée par une communauté ecclésiale.</p> <p>Fonction de conscientisation</p>

	<p>Par le rôle qu'il occupe, l'aumônier redonne place à la mort. Il y prépare certains patients. Il identifie avec le patient ses peurs et son mal-être, met des mots sur des situations difficiles et s'efforce d'amener une prise de conscience des besoins spirituels que chacun des patients a. Enfin, au travers de cette conscientisation, il aide le patient à guérir, à évoluer vers un mieux-être, vers l'acceptation et la reconstruction de son identité.</p> <p>Fonction d'accompagnement</p> <p>L'aumônier est un chercheur de Dieu. A la manière d'un guide, il offre un soutien à toute personne confrontée à la souffrance, quelles que soient ses origines ou ses convictions religieuses. En offrant une présence, un temps d'écoute, un mot de réconfort, un moment de prière, il réconforte. Il approche la personne humaine dans sa globalité, au plus profond de ce qu'elle vit en terme psycho-affectif, psycho-sociale et spirituelle.</p> <p>Fonction de promotion de la vie sous toutes ses formes</p> <p>Par son intervention, l'aumônier remet les enjeux éthiques sur le devant de la scène médicale et conscientise les acteurs de l'établissement hospitalier aux enjeux qui se cachent derrière leurs actes. De même, il favorise la vie spirituelle dans le cadre de l'hôpital par des célébrations (la semaine et le dimanche) ou autres animations lors de fêtes et événements marquants. Enfin, il veille à permettre au patient de mieux vivre le traitement en répondant au droit du patient de bénéficier d'un conseiller spirituel, de s'enrichir dans un échange, un partage sincère traitant de questions spirituelles.</p> <p>Fonction de mise en lien</p> <p>Par sa présence, l'aumônier facilite aussi le lien entre le malade et sa communauté religieuse.</p>
Forme de la prise en charge	<p>L'aumônier intervient auprès de tous les patients qui veulent bien de son soutien, sans distinction de religion ou de pathologies. Il approche également les visiteurs, les proches et familles des patients rencontrés et qui doivent parfois vivre un processus de deuil. Enfin, dans certains cas, il traite également de questions éthiques avec le personnel soignant. Son intervention peut donc, selon les situations, plutôt être effectuée à court terme ou s'inscrire sur du long terme.</p> <p>L'intervention de l'aumônier s'effectue, à la fois sous forme individualisée, avec les patients, et sous forme collective, avec les proches, la famille et les soignants. L'intervention individualisée comprend généralement les visites aux patients, les accompagnements en fin de vie et les sacrements. Par contre, l'intervention sur un collectif s'effectue plutôt lors de prêches, de rencontres avec les familles, les proches ou encore de rencontres en commission d'éthique.</p>
La formation en quelques mots	<p>Afin de pouvoir œuvrer au sein de l'aumônerie, il faut être au bénéfice d'une formation en théologie ou d'une formation délivrée par le CPT (Council Patronal Training) qui forme des auxiliaires en aumônerie et des aumôniers.</p> <p>La formation d'aumônier s'articule autour de différents contenus : une formation spirituelle (par exemple par la théologie,</p>

	l'ecclésiastité, la connaissance des autres religions), une formation de base à l'écoute (par exemple par la reformulation), une formation de base à la relation d'aide (par exemple par la connaissance de soi, et celles des relations entre parents et enfants, la connaissance des différents publics), et enfin une formation de base à l'accompagnement en fin de vie (par exemple par la connaissance des étapes du deuil de Kübler Ross).
Compétences	Afin de mener à bien son intervention, l'aumônier doit être en mesure de faire preuve d'écoute, d'empathie, de compréhension envers autrui. Il doit également pouvoir entrer en contact au travers de rencontres résultant d'observations du quotidien. De même, son intervention doit être conditionnée par la discrétion et le tact nécessaire à l'évocation de contenus parfois profonds. Enfin, l'aumônier doit avoir le souci de nourrir sa vie spirituelle.
Déontologie/Ethique	L'aumônier est soumis au secret médical. Sa pratique prend racine dans la moralité chrétienne, dans le respect de la foi et des attitudes des autres, de leurs croyances. L'aumônier n'est pas guidé par un code de déontologie mais il respecte le choix de chacun et son histoire.
Champ d'intervention	Dans la structure visitée, l'aumônerie est reliée au service d'animation et administratif. Des postes sont occupés pour un taux d'engagement de 150 %. En plus de ce taux d'engagement, une sœur bénévole complète l'équipe qui comprend deux aumôniers et un auxiliaire aumônier. L'aumônier intervient dans toutes sortes de services, bien que sa présence demeure limitée en pédiatrie et en maternité : intervention en soins aigus, intervention en soins intensifs, gériatrie, soins palliatifs, chirurgie, médecine légère et réadaptation.
Conditions d'intervention	Généralement, la demande d'intervention provient des familles, du patient, ou encore de l'équipe soignante. L'aumônier offre aussi son soutien lors de prises en charge où la situation est lourde au niveau social, humain. Pour recevoir certains sacrements, il est cependant nécessaire d'être baptisé. Dans la structure visitée, l'aumônerie intervient quotidiennement et est à disposition 24 heures sur 24, sept jours sur sept pour répondre aux besoins des patients. En général, l'intervention varie entre 20 et 45 minutes. Elle se déroule aussi bien à court terme, parfois qu'une seule visite, qu'à long terme, avec des visites régulières. La fréquence des visites dépend souvent de la volonté du patient de rencontrer l'aumônier. Les aumôniers n'ont pas de lieux qui leur soient propres, si ce n'est une petite aumônerie où ils sont disponibles pour les gens qui voudraient recourir à leur service. Le lieu permet aussi d'échanger entre membres du service d'aumônerie. L'intervention se réalise auprès des patients et des proches : dans les chambres des patients, dans la chapelle de l'hôpital, dans les salons et couloirs des différents étages, dans des endroits discrets, dans des pièces neutres, et plus rarement à domicile.

Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>Afin d'intervenir comme aumônier en milieu hospitalier, il faut se sentir prêt à côtoyer la souffrance, le désespoir et la mort. De même, il faut pouvoir faire preuve d'ouverture aux autres, aux différentes formes de croyance existantes. Afin de se préparer à rencontrer les patients, le professionnel interrogé se questionne sur son état d'être et invoque l'esprit saint afin qu'il le soutienne.</p>
Outils et matériel utilisé	<p>L'aumônier assure les sacrements aux malades. Il met à disposition des patients des petits carnets et des photocopies de textes à lire. Enfin, dans certains cas, il organise des célébrations avec des personnes de l'entourage du patient afin de faciliter la verbalisation de certaines situations. Il intervient auprès des patients et des proches en distribuant le journal, en réalisant des visites aux patients, en accompagnant des mourants et leurs familles.</p> <p>L'aumônier intervient aussi sur l'ensemble de la structure en assurant un prêche religieux le dimanche et en donnant plusieurs sacrements : la communion, le mariage, la réconciliation, le sacrement des malades, et plus rarement le baptême. Enfin, dans l'équipe, l'aumônier s'engage dans les réflexions liées à la morale et aux enjeux éthiques. Il participe également aux colloques afin de bénéficier d'échanges réguliers avec l'équipe.</p>
Défis futurs pour la profession	<p>Pour le professionnel rencontré, il est important que les catholiques puissent tirer profit d'une présence d'aumônerie tenue par des laïcs, et pour cela, il est important que le sens de l'aumônerie soit davantage évoqué dans les paroisses.</p>
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un aumônier travaillant dans un hôpital cantonal, et la consultation de l'ouvrage suivant : PERRUCHOUD, Philippe.- <i>Aumônier d'hôpital: signe d'une présence : au seuil de la souffrance et de la mort, une espérance : l'exemple d'un hôpital régional</i>. Fribourg, 1994.</p>

Interprète / Médiateur culturel

Aperçu historique	<p>Les premières traces d'interprétariat et de médiation en Europe datent de 1967 en Suède, où un 1^{er} centre d'interprétariat et de médiation est créé. En 1978, c'est d'ailleurs ce même pays qui fait entrer dans la législation, l'obligation pour les institutions publiques de recourir à des interprètes. Par la suite, les années 70 et 80 verront le développement, un peu partout en Europe, de services destinés aux migrants. Preuve d'un réel besoin, durant les années 90, dans certains services hospitaliers (gynécologie, obstétrique, polyclinique médicale, hôpital de l'enfance), des déficiences en terme de prise en charge des migrants commencent à être constatées.</p> <p>En priorité, pour pallier ce manque, les équipes de soins recourent à un professionnel de la santé parlant la même langue, ou alors à un proche du patient ou encore un migrant d'une origine similaire. Mais, toutes ces personnes ne bénéficient pas d'une formation spécifique à l'interprétariat et parfois il n'est guère évident d'assumer le rôle de traducteur, selon la situation et la relation entretenue jusqu'ici avec le patient. Pour évaluer ce manque, plusieurs recherches s'effectuent donc dans différentes villes de Suisse où depuis 1987, à Bâle, un premier service destiné aux migrants a été créé. En avril 1999, l'association « Interpret » voit le jour. Ses buts sont : la formation, la reconnaissance du statut, le financement et la recherche liés au métier d'interprète médiateur culturel. Dans le même temps, l'OFSP organise une réunion des organisations engagées dans le développement de l'interprétariat et de la médiation culturelle. Cette rencontre avec l'engagement de la « Croix Rouge » et d'« Appartenances », basée en Suisse romande, donnera lieu à une première formation en 1996. En 1997, Intermedia regroupera ces premiers diplômés afin de réguler le travail sur appel et, en 2002, l'AVIC (Association valaisanne des interprètes communautaires) verra le jour, signe d'une première collaboration avec les structures hospitalières cantonales.</p> <p>Aujourd'hui, les conditions d'engagement demeurent mauvaises en Europe. Les interprètes travaillent encore le plus souvent sur appel et sont rémunérés à l'heure. Le projet d'intégration de l'interprétariat au sein des institutions publiques semble manquer de développement et la traduction se réalise dans 50 % des cas au mot à mot, ne destinant que l'autre moitié de son temps à une traduction de sens ou à de la médiation culturelle.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p><u>Fonction d'empowerment</u></p> <p>L'interprète cherche par son intervention au sein du processus de soin à encourager la participation active du patient. De même, il sollicite le patient afin qu'il s'exprime et qu'il soit davantage autonome dans son quotidien, qu'il puisse être maître de ses choix et des modalités d'interventions qui le concernent. Enfin, au besoin, l'interprète défend le patient dans ses choix de vie et ses désirs, même si ces derniers ne correspondent pas à ceux du corps médical. En résumé, l'interprète se veut le garant que la voix du patient soit entendue et prise en compte, qu'il conserve de l'emprise sur son hospitalisation.</p> <p><u>Fonction d'expression</u></p>

	<p>En facilitant la communication entre les soignants et les patients migrants, l'interprète permet une meilleure prise en compte des attentes du patient migrant et de ses représentations sociales. De même, il donne du sens à ce qu'il vit, et aux gestes des soignants. Son action vise donc à se faire rencontrer deux cultures en offrant aux différents acteurs de la communication des clefs de compréhension. L'interprète, par son action, met donc en lumière des différences de valeurs culturelles et sociales entre patient et soignant. Enfin, par son intervention, il cherche aussi à mieux faire comprendre les règles dues au contexte hospitalier et sert aussi de référence « culturelle » pour les soignants.</p> <p><u>Fonction de mise en lien</u></p> <p>En améliorant la qualité du diagnostic et l'orientation du patient au sein du système de santé, l'interprète est parti prenant du processus de soin. Il facilite le travail des soignants, établissant un pont entre les proches et les familles des patients migrants et le corps médical. De même, au travers du lien qu'il crée, c'est une occasion de prévenir ou résoudre des conflits entre le patient migrant et le milieu hospitalier qui l'accueille. Ainsi, le patient peut rétablir sa confiance dans la prise en charge effectuée, et le système de santé dans son ensemble. Enfin, par une valorisation de chacun des acteurs, l'interprète permet par la suite une relation plus égalitaire entre patient et soignant, peu importe l'origine sociale, culturelle ou encore économique.</p> <p><u>Fonction d'accompagnement</u></p> <p>En informant le patient, conformément à la loi¹⁴² en vigueur à ce sujet, l'interprète accompagne le patient migrant au sein d'un système complexe. Il légitime la qualité, l'accès aux soins auxquels le patient a droit. De même, il génère son insertion en rendant perceptible, en partie, la complexité qui accompagne ses représentations culturelles et sa situation. Enfin par le développement d'une relation de confiance avec le patient, l'interprète peut écouter et comprendre quels sont ses désirs, au-delà de tous stéréotypes dont le patient pourrait se sentir victime.</p>
Forme de la prise en charge	<p>Les interprètes interviennent auprès des patients, peu importe leur pathologie. Par leur travail, ils contribuent également à favoriser la rencontre entre le patient, les soignants, les proches et la famille. Les principales personnes qui requièrent à leur aide sont généralement les détenteurs de permis L ou B.</p> <p>La prise en charge assurée par les interprètes en milieu hospitalier peut soit être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individualisée : Lors de rencontres des patients en collaboration avec les équipes soignantes, ou parfois lors de traductions plus personnalisées réalisées sur demande du patient - Collective : Pour régler les papiers, la partie administrative qui accompagne la prise en charge de chaque patient

¹⁴² Voir *Droit des patients*. Genève : Forum Santé, 1993

<p>La formation en quelques mots</p>	<p>A l'étranger, diverses formations existent. A Copenhague, par exemple, un cours spécialisé de médiateur culturel sous forme d'un stage pratique, de 7 mois à plein temps, donne accès à un diplôme. De même, en Suède et en Angleterre, il existe des diplômes reconnus par l'Etat. Dans les villes d'Hanovre, Bergen et Edimbourg, des formations de quelques heures, destinées aux soignants, sont également dispensées.</p> <p>En Suisse romande, la formation des interprètes médiateurs culturels rencontre l'intérêt de la Croix Rouge en 1990. En 1992, l'association « Appartenances » voit le jour et regroupe les interprètes vaudois employés en milieu hospitalier et sans formation spécifique. A l'aide de ces deux mouvements, une formation d'une année voit le jour en 1996, et délivre ses premiers diplômes en 1997. Depuis, quatre formations identiques ont eu lieu dont une en Valais en 2001, menée par Caritas.</p> <p>La personne interrogée bénéficie, pour sa part, d'une formation en médiation interculturelle et interprétariat réalisée en 1998-1999 et pilotée à l'époque par la LVT¹⁴³, ainsi que d'une formation comme promotrice de santé.</p> <p>La formation réalisée par le professionnel interrogé s'échelonnait sur deux ans et comprenait au total, environ 150 heures. De nombreux ateliers sur le deuil, la connaissance de soi (résonance, vécu...), l'interprétariat (rôle et fonctions, déontologie...), les traumatismes, et la situation du migrant permettaient notamment de mieux comprendre les facteurs de risques liés à la santé des populations migrantes et les enjeux liés à une intervention en milieu hospitalier. Enfin, l'outil supervision était également expérimenté par les apprenants et une présentation des institutions employeuses, par des professionnels de chaque terrain, concluait la formation.</p>
<p>Compétences</p>	<p>Afin d'œuvrer comme interprète dans un milieu médicalisé, il est essentiel d'avoir un bon niveau de connaissance des deux langues dans lesquels on est appelé à s'exprimer. De même, bénéficier d'un esprit de synthèse et faire preuve de rigueur dans la retransmission du message sont des traits de caractère demandés pour pouvoir effectuer ce métier. Enfin, afin de faciliter la retransmission, il est important de pouvoir connaître le vocabulaire spécifique du domaine médical, mais aussi de pouvoir en simplifier la compréhension afin de le rendre accessible au patient migrant. Dernier point important, la culture des patients migrants doit être connue des interprètes afin qu'ils puissent évoquer les différences qui en découlent avec les soignants et y pallier le mieux possible.</p> <p>Un certain nombre d'attitudes sont également requises pour exercer la profession d'interprète. Il faut par exemple savoir faire preuve de tact, dans des situations parfois compliquées. De même, il est important que l'interprète n'est pas de parti pris, qu'il demeure objectif, fasse preuve de neutralité dans les différents entre soignant et patient migrant. En adoptant une attitude de mise en confiance, l'interprète se doit d'être une ressource tant pour le soignant que le patient. Il se doit donc d'être ouvert d'esprit, disponible, compréhensif, empathique, et d'être sincère, authentique dans ses propos, même lors de situations parfois conflictuelles. Ce n'est qu'en conservant cette franchise et en restant discret sur son intervention qu'il pourra conserver son intégrité et demeurer à l'écoute du patient.</p>

¹⁴³ Ligue Valaisanne contre les toxicomanies

	<p>Enfin, pour l'interprète, un apprentissage difficile résulte sans doute de la nécessité de s'adapter continuellement aux patients et aux situations vécues. En effet, à chaque fois, il faut parvenir à instaurer une relation d'aide, se montrer rassurant, soulageant avec le patient. Pourtant, il faut aussi savoir conserver une certaine distance afin de ne pas porter sa situation à sa place.</p>
Déontologie/Ethique	<p>L'action de l'interprète/médiateur culturel nécessite une grande rigueur et le respect des propos traduits. Outre une grande transparence dans ce qui est dit et fait, elle est guidée par trois éléments auxquels il s'agit d'être attentif : l'objectivité, le secret médical et l'impartialité. Enfin, l'interprète ou médiateur culturel peut également appuyer son action sur le code de déontologie de l'association des traducteurs, terminologues et interprètes (ASTTI).</p>
Champ d'intervention	<p>Les interprètes – médiateurs culturels sont d'abord rémunérés par les associations (A.V.I.C., Appartenances) qui les mandatent et qui demandent ensuite des comptes aux différentes structures hospitalières qui recourent à leurs services. Dans quelques rares cas, des interprètes/médiateurs culturels ont été engagés en Suisse romande : Département universitaire de psychiatrie adulte (D.U.P.A.) à Lausanne, la policlinique médicale universitaire (P.M.U.) à Lausanne et enfin le département de gynécologie et obstétrique du CHUV.</p> <p>Bien qu'en théorie, l'interprète médiateur culturel puisse intervenir dans tous les services, il en existe un certain nombre où les interprètes médiateurs culturels sont appelés à intervenir davantage : la psychiatrie, l'orthopédie, la chirurgie, la neurolinguistique, la pédiatrie, la médecine générale, la psychothérapie, l'obstétrique et la gynécologie. L'interprète médiateur culturel interrogé intervient aussi auprès des patients victimes d'accidents de travaux, de traumatismes crâniens, de forts handicaps ou encore dans le domaine post-opératoire.</p> <p>Le recours à un interprète médiateur culturel lors de consultations quotidiennes, par exemple chez un généraliste, relève pour l'heure plutôt de l'exception, notamment à cause d'un flou concernant le remboursement des frais qu'occasionne ce genre de prestations.</p> <p>Les interprètes médiateurs culturels sont absents des organigrammes des différentes structures hospitalières qui les accueillent vu qu'ils ne font pas partie de la structure mais agissent sur mandat extérieur. Leur paiement se réalise d'ailleurs sur appel.</p>
Conditions d'intervention	<p>Généralement l'intervention de l'interprète ou médiateur culturel fait suite à une demande du patient ou du personnel soignant. Parfois, l'intervention devient difficile lorsqu'il s'agit de proches. Comme le dit le professionnel interrogé, « l'important est de pouvoir se protéger et de ne pas mettre en danger le contenu à retransmettre ». L'intervention peut donc être refusée si le professionnel ne se sent pas en mesure d'intervenir.</p> <p>Le recours à un interprète médiateur culturel s'effectue dès l'entrée à l'hôpital ou dès une demande du patient, jusqu'à ce qu'il sorte. Chaque intervention peut durer entre 30 minutes minimum et 1h30 au maximum. Le nombre d'interventions</p>

	<p>s'est fait nettement plus important suite aux accords de Schengen même si toutefois la demande varie beaucoup selon la langue à traduire. Ainsi, notre personne interrogée se rend chaque semaine dans la même clinique où elle travaille quasi toute la journée sans interruption. Avant Schengen, le rythme d'intervention était moins soutenu, notamment pour les patients originaires d'ex-Yougoslavie.</p> <p>Les traductions réalisées avec un patient peuvent indistinctement se dérouler sur une seule rencontre ou plusieurs, en fonction des besoins des mandataires.</p> <p>Les interprètes n'interviennent jamais directement à domicile. Cependant, dans de rares cas, certains accompagnent les patients pour des consultations extérieures à la structure, suite à une demande des soins. A l'hôpital, les rencontres entre l'interprète et le patient ont lieu soit en chambre, soit dans de petits salons, dans une ambiance intimiste.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'informations</u></p> <p>Afin d'intervenir de façon adéquate, il est important que les interprètes connaissent suffisamment bien les conditions de vie des migrants (logement – séparation, rupture, absence familiale – insécurité due au renvoi – impossibilité de travailler - perte de rites) et qu'ils puissent renseigner le patient sur l'institution qui l'accueille et le système de santé.</p> <p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>Il est donc essentiel que l'interprète garde à l'esprit les enjeux qui sont liés à l'intervention tout en étant conscience des choses qui pourraient interférer avec la consultation, le traitement. Par son non-rattachement à la structure hospitalière, l'interprète peut adopter une prise de distance, tant du point de vue du patient que du point de vue du soignant, qui est la bienvenue.</p>
Outils et matériel utilisé	<p>Généralement, les traductions réalisées par les interprètes s'adaptent à la compréhension de l'autre, au plus proche des mots employés. En effet, la traduction mot à mot est privilégiée à la traduction de sens (date de début, circonstances du début de la maladie, causes, processus pathologiques dans le corps, évolution et traitement de la maladie).</p> <p>Mais, parfois la traduction s'effectue en deux temps : une fois pour changer de langue et une fois pour s'adapter au niveau culturel du patient qui parfois ne sait ni lire ni écrire dans sa langue d'origine. Les interprètes travaillent uniquement par oral et ne réalisent aucun support écrit. Seule trace de leur présence, les interprètes signent les expertises A.I. lorsqu'ils sont appelés à y prendre part.</p> <p>Cependant, il n'est pas rare que les interprètes utilisent du matériel, des supports d'autres professionnels afin de réaliser plus facilement leurs traductions. Les traductions effectuées comprennent notamment les anamnèses de début lors de l'entrée de nouveaux patients dans la structure, toutes les demandes d'autorisation destinées aux patients et toutes les informations qu'il s'agit de communiquer dues au traitement ou à la pathologie. Souvent, la traduction permet aussi de relayer les attentes du patient et de faciliter leur prise en compte par le corps médical.</p>

	<p>Dans certains cas, les interprètes réalisent également des interprétariats par téléphones, ou ils construisent un glossaire destiné aux soignants afin que ces derniers puissent assurer une communication de base avec le patient. En tout temps, ils offrent également un soutien, une information, un conseil à la population prise en charge.</p>
Défis futurs pour la profession	<p>Pour l'heure, les interprètes travaillent beaucoup sur appel et leur profession demeure encore mal reconnue, leur rôle étant parfois associé à celui d'une « machine à traduire »¹⁴⁴. Un travail de promotion du sens de l'interprétariat et des avantages qu'il offre reste donc à réaliser afin de permettre aux professionnels de bénéficier d'une meilleure rémunération, d'être davantage présents en milieu médicalisé et de jouir d'un statut moins précaire.</p> <p>De même, des efforts doivent encore être effectués afin de rapprocher davantage les interprètes et les soignants, par exemple au travers d'une formation convergente ou via l'intégration d'une présentation de l'interprétariat dans la formation des soignants. En effet, peu nombreux sont les soignants qui ont conscience de l'existence de cette profession. Pour les interprètes, un travail similaire devrait être réalisé afin qu'ils soient mieux formés à répondre aux demandes des équipes de soins et qu'ils puissent s'adapter plus facilement au contexte hospitalier et à ses exigences.</p> <p>Autre point d'importance, les interprètes se doivent également de questionner leur pratique afin de se positionner face aux enjeux qui accompagnent leur métier : définition d'une base théorique commune, économie des coûts qu'induit l'intervention, limites de l'intervention (en s'appuyant sur le cadre légal et sur une éthique professionnelle commune), mode d'engagement des interprètes, et enfin qualité de l'intervention (choix du genre de l'interprète, temps mis à disposition du patient, langages pratiqués, connaissances culturelles acquises, place laissée à la communication non verbale...).</p>
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un interprète médiateur culturel oeuvrant dans une clinique de réadaptation et un hôpital cantonal, la consultation des ouvrages suivants : <i>Droit des patients</i>. Genève : Forum Santé, 1993, et GUEX, Patrice & SINGY Pascal.- Quand la médecine a besoin d'interprètes. Genève : Ed. Médecine & Hygiène, 2003.</p>

¹⁴⁴ Evocation de l'interprète rencontré

Clown

Aperçu historique	<p>Les docteurs Rêves sont nés en Suisse en 1993 à l'initiative de deux frères, André et Jan Poulie, en mémoire de leur mère, Théodora.</p> <p>Lors de sa création dans le canton de Vaud, la Fondation Théodora s'est fixée pour objectif de soulager par le rire la souffrance d'enfants hospitalisés. Depuis, chaque semaine, elle organise et finance le passage à l'hôpital d'artistes professionnels, spécialement formés pour travailler en milieu hospitalier, les docteurs rêves.</p> <p>Année après année, ce concept n'a cessé de se développer. Après le département de pédiatrie du CHUV à Lausanne, le projet a vu le jour dans 106 établissements en Suisse et à l'étranger, avec une équipe de 113 docteurs Rêves travaillant dans 8 pays et visitant individuellement près de 235 000 enfants par année. Depuis 1995, la Fondation Théodora est reconnue d'utilité publique par l'Etat de Vaud.¹⁴⁵</p>
Fonctions/Buts poursuivis	<p>L'intervention des clowns, nommés aussi docteurs rêves, n'a pas de but thérapeutique. En effet, comme le code éthique de l'ARCHOP¹⁴⁶ le précise : « L'activité du clown d'hôpital répond aux besoins fondamentaux de l'enfant, de jouer, de rire, de s'amuser et de s'exprimer, en stimulant son monde imaginaire et ludique. Ces besoins existent parallèlement aux besoins de sa santé qui constituent la raison de son hospitalisation. »</p> <p><u>Fonction de décharge émotionnelle, de prévention</u></p> <p>Par son intervention, le clown crée un espace où le patient peut évacuer son énergie au risque de servir parfois de « putshing ball ». De plus, lors de l'intervention, le patient a le droit de dire non, d'être fâché, d'exprimer son ressenti, ce qui permet de désamorcer parfois certaines tensions dues à l'hospitalisation, aux traitements ou encore aux maladies. Par leur humour, les clowns permettent aussi parfois au personnel soumis à un stress continu de se relâcher, pris à parti dans les frasques des clowns.</p> <p><u>Fonction d'amusement, de conservation du rythme habituel de l'enfant</u></p> <p>Par l'introduction au sein de l'hôpital du personnage du clown, ainsi que du jeu et des autres pitreries qui lui sont associées, l'enfant voit son statut sauvegarder. Dans un monde rempli d'adultes, il est important que l'enfant puisse bénéficier du droit d'être juste un enfant et de s'amuser comme tout autre enfant. De plus, au travers de la réintroduction de zones de jeu à l'hôpital, c'est l'occasion pour les enfants, et aussi les parents entrés dans la</p>

¹⁴⁵ Informations recueillies sur le site de la fondation Théodora <http://www.theodora.org/CHE/fr/020-CHE-fr.html>

¹⁴⁶ Site de l'association romande des clowns d'hôpital <http://www.archop.ch/>

	<p>dynamique, de se déconnecter de la maladie, de sortir pour un moment de l'hôpital, d'introduire une rupture avec le lieu où habite l'enfant ainsi que les médecins et infirmiers qui le soignent. A travers son intervention, le clown permet au patient et à ses proches de retrouver du rêve, de l'imaginaire, de la joie, et de l'espoir. Au travers de moments partagés avec le clown, l'enfant hospitalisé peut donc peu à peu trouver un espace d'expression de son monde imaginaire.</p> <p><u>Fonction d'accompagnement</u></p> <p>Par son action, le clown permet aux proches de s'exprimer sur leurs ressentis. En offrant une présence régulière, il tisse des liens privilégiés avec le patient et sa famille. De plus, par l'apport d'animations centrées sur le patient, le clown contribue à un mieux-être global de l'enfant, en lui redonnant une emprise sur son quotidien.</p> <p><u>Fonction d'empowerment</u></p> <p>Au travers de son action, le clown cherche également à rendre l'enfant acteur en mobilisant ses ressources et en le stimulant : en le rendant partie prenante de ses frasques, en éveillant son monde imaginaire. Cependant, si l'enfant veut demeurer simple spectateur, le clown ne cherchera pas à le stimuler à tous prix, l'essentiel étant d'amener une fenêtre d'oxygène et de légèreté afin qu'il puisse mieux vivre l'hospitalisation.</p>
Forme de la prise en charge	<p>Les clowns interviennent auprès de patients de tous milieux sociaux et de toutes nationalités. Ces derniers sont généralement des enfants ou des adolescents issus d'un service de pédiatrie, comme c'est d'ailleurs le cas dans l'institution visitée. Au fil de leurs interventions, les clowns sont aussi souvent amenés à entrer en relation avec les proches et la famille du malade à qui ils offrent une écoute et souvent aussi du réconfort. Enfin, par leurs frasques, les clowns influent également sur le personnel (soignants, ouvriers de l'hôpital, nettoyeuses) qui se retrouve souvent complice de leur action.</p> <p>Bien que plutôt destiné à une approche individualisée du patient, le clown se doit souvent de s'adapter à la structure et aux espaces existants. Il est donc courant qu'il mène son intervention dans des lieux communautaires, s'adaptant alors aux réactions des autres patients présents. Lors de leur intervention, les clowns essaient de passer auprès de tous, peu importe les affections dont ils souffrent.</p>
La formation en quelques mots	<p>La formation de « docteur rêve », durant six à neuf mois, est assurée par la fondation Theodora en collaboration avec l'école d'infirmières de la Source à Lausanne. Pour commencer la formation, une formation préalable d'artiste ou dans le domaine médical est la bienvenue, bien qu'elle ne soit pas obligatoire. La professionnelle rencontrée bénéficiait pour sa part d'une expérience théâtrale de dix ans en amateur et d'une expérience de douze ans en tant qu'infirmière en pédiatrie avant de débiter la formation.</p>

	<p>Une fois la formation aboutie, le clown junior va encore faire ses preuves durant une année pendant laquelle il va intervenir avec un collègue directement sur le terrain.</p> <p>En terme de contenu, la formation dispensée permet aux futurs clowns de s'exercer à l'improvisation et aux développements d'outils variés telle que la structuration de ballons. Au-delà de cet apprentissage purement technique, les clowns en formation sont également amenés à travailler sur leurs émotions et sont sensibilisés aux pathologies, à l'hygiène hospitalière, à l'organisation des services hospitaliers ainsi qu'aux réalités que traverse l'enfant et l'adolescent hospitalisé. Douze visites coachées par un clown expérimenté clôture la formation des clowns juniors.</p> <p>La formation continue se veut pour sa part orientée sur des thématiques précises destinées à aider le clown dans sa pratique quotidienne. Deux week-ends de formation par année permettent aux clowns de travailler, par exemple sous forme de jeux de rôles, toute sorte de thématiques telle que le moment de l'entrée et de la sortie d'une chambre de patient. Néanmoins, selon l'ouvrage¹⁴⁷ que j'ai lu, la formation continue se doit encore de davantage prendre en compte le langage médical, les actes, les appareils ainsi que le recours à des travaux et réflexions sur des thématiques comme le couple, la mort de l'enfant, ou des outils tels que l'utilisation de la musique ou des jeux. Enfin, des compléments de formation sur la psychologie et les traumatismes qui peuvent résulter de certaines situations rencontrées par les clowns pourraient également s'avérer les bienvenus.</p>
Compétences	<p>Intervenir en tant que clown, dans un milieu hospitalier, passe par le recours à un certain nombre de compétences. Tout d'abord, afin de susciter la curiosité, l'envie du spectateur, et de s'adapter aux bénéficiaires, il est important de savoir faire preuve de créativité, d'avoir quelques notions artistiques ou encore de savoir jouer avec les mots, les gestes, les silences, en s'adaptant au récepteur.</p> <p>Ensuite, des capacités relationnelles sont également nécessaires pour faire face aux patients avec lesquels le clown est appelé à travailler. Une des clefs ? Être authentique, être à l'aise avec le public pris en charge et avec soi-même. Le clown se doit d'avoir une sensibilité à l'autre et à son vécu tout en gérant ses émotions. Par l'écoute, le respect de l'autre, la création d'une relation honnête laissant place à la confiance, le clown va peu à peu manœuvrer avec tact afin de permettre au patient de sortir de son mal-être ou de ses souffrances.</p> <p>Au-delà de compétences relationnelles, le clown doit aussi pouvoir observer et prendre de la distance par rapport aux situations auxquelles il est confronté. Suite à l'analyse de situations parfois difficiles, tendues, le clown doit pouvoir se mettre en danger. En identifiant, les ressources dont il dispose et ses limites personnelles, le clown peut employer au mieux les autres acteurs du monde hospitalier sans craindre de se confronter au ridicule ou à la douleur, au mal-être, à la mort, sujets abordés par certains patients. Au fil du temps, le clown devrait peu à peu être capable de mieux se connaître et d'acquérir davantage de confiance en soi et d'assurance pour ses interventions futures, se permettant d'user encore davantage de sa personnalité, dans l'intervention, pour reléguer le matériel à un</p>

¹⁴⁷ MATHYER, Eric.- *Clown d'hôpital, mon métier : docteur Panosse*. Lausanne : Ed. d'en Bas, 2006

	second plan.
Déontologie/Ethique	<p>Pour le professionnel rencontré, le respect de l'autre et le droit des patients à la confidentialité sont des valeurs importantes qui doivent guider l'intervention du clown en milieu hospitalier.</p> <p>De façon générale, les clowns construisent leur intervention en veillant à respecter les principes du code de déontologie de l'association romande des clowns d'hôpital (ARCHOP¹⁴⁸). Outre ce document, la charte éthique de la fondation Théodora¹⁴⁹ et le code de conduite des docteurs rêves peuvent également guider leurs actions.</p>
Champ d'intervention	<p>Engagés selon le besoin par la fondation Theodora, les clowns d'hôpital ou docteurs rêves sont payés à la prestation, pour chaque mandat qu'ils effectuent. Leur rémunération ne se présente donc pas sous la forme d'un salaire, mais bel et bien d'un cachet qu'ils perçoivent de la même manière qu'un artiste, ce qui explique parfois leur présence parfois discrète dans certaines structures, et le faible pourcentage qui leur est souvent accordé. Témoinant de cette réalité, le professionnel interrogé travaille en moyenne quatre à cinq heures par semaine tout seul, au sein d'un des hôpitaux les plus conséquents de son canton. Pourtant, selon l'ouvrage que j'ai lu, les clowns travailleraient tout aussi volontiers en duo afin de pouvoir échanger des impressions et de gagner en réactivité lors de discussions avec les patients.</p> <p>Au sein des structures hospitalières, les clowns sont des intervenants extérieurs et n'existent donc pas dans l'organigramme. De même, leur cahier des charges est avant tout établi par la fondation Théodora.</p> <p>Néanmoins, ils travaillent énormément avec les équipes de soins. De plus, leur intervention se révèle importante en pédiatrie dans les services de chirurgie, médecine et néonatalogie. Dans ces derniers, les clowns travaillent également en oncologie, diabétologie, auprès de patients atteints de mucoviscidose, en orthopédie, aux soins intensifs et continus, et enfin auprès de patients souffrant de troubles psychologiques.</p> <p>Ouvrant actuellement quasi exclusivement auprès d'enfants et jeunes de 0 à 16 ans, les clowns pourraient néanmoins, selon le professionnel rencontré, également œuvrer au sein d'autres services, s'ils possédaient un cahier des charges différent.</p>
Conditions d'intervention	<p>Les clowns interviennent dès l'entrée à l'hôpital et jusqu'à la sortie du patient. Chaque enfant est vu au moins hebdomadairement par les clowns d'hôpital. La visite peut varier en fonction de la situation, entre 2 et 45 minutes. Tout dépend de la fatigue du patient et des soins auxquels il est astreint. Si le professionnel interrogé devait réaliser</p>

¹⁴⁸ Site officiel de l'ARCHOP <http://www.archop.ch/>

¹⁴⁹ Site officiel de la fondation Theodora <http://www.theodora.org/Portail.php>

	<p>une moyenne, la durée d'intervention serait de 10 à 15 minutes par patient.</p> <p>La demande d'intervention des docteurs rêves provient généralement du corps médical. Pour guider leur intervention, les clowns peuvent collecter des informations dans les rapports infirmiers des soignants, ou au travers de discussions informelles avec le corps médical. Ils ont également accès aux dossiers médicaux, mais le professionnel interrogé, ne les consulte que rarement.</p> <p>La visite des clowns peut avoir lieu dans toutes sortes de lieux : soit sous forme de visites dans les chambres individuelles ou collectives des patients, soit dans des lieux communautaires comme le jardin d'enfants, la salle de jeux, les couloirs, le bureau des infirmières ou encore la salle d'attente.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'informations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulter quelques informations essentielles : noms, prénoms, âges, n° de chambre, motif d'hospitalisation, état moral et physique (limitation, lit strict, à jeun...) - Connaître l'état de fatigue et le moral du patient <p><u>En terme d'environnement et de sécurité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficier de l'accord des parents si le patient est mineur - Arriver avec aucune volonté de « je vais faire ça », mais « être juste dans l'être avec l'autre » - Laisser la priorité à d'éventuelles visites présentes auprès du patient - Prendre en compte les mesures d'hygiène hospitalière : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ordre des visites <ol style="list-style-type: none"> 1) Isolements protecteurs (pour enfants qui ne bénéficient plus de défenses immunitaires, exemple : oncologie) 2) Nouveaux nés 3) Les autres enfants du service selon les âges et les pathologies 4) Isolements dits sales où l'enfant est le vecteur de risques pour les autres enfants ou le clown, par exemple gastro-entérite, infection respiratoire, maladies contagieuses ○ Nettoyage et désinfection <ol style="list-style-type: none"> 1) Se laver les mains à l'entrée et à la sortie de chaque chambre 2) Se munir d'un équipement spécifique : masque, gants, blouse, bonnet, protège-chaussures ○ Choix de matériel <ol style="list-style-type: none"> 1) Non dangereux 2) Petit 3) Original

	<p>4) Solide (Afin de résister aux stérilisations et normes d'hygiènes)</p> <p><u>En terme d'attitude</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Penser en permanence à la sécurité des patients - Être prêt à se confronter aux effets psychologiques des maladies et à l'influence des médicaments - Mettre sa réalité en stand-by - Sonder son énergie propre en tant que clown
Outils et matériel utilisé	<p>Un premier outil d'intervention est le personnage du clown avec son nom, son costume, ses blagues et ses cadeaux qui permettent au professionnel de se distancer, de se protéger par rapport à son action quotidienne. Ensuite, le jeu, se révèle également être une ressource intéressante pour le clown. Il lui permet, par exemple, de s'exprimer de façon non verbale (mimes, concours de grimaces, tours de magie, maquillage...). Outre le jeu, il est habituel pour le docteur rêve d'investir l'imaginaire de l'enfant soit au travers d'une peluche qui permet d'entrer en relation, soit au travers de l'improvisation d'histoires, ou soit encore au travers de tours de magie destinés peu à peu à rendre acteur l'enfant.</p> <p>Mais, le clown ne se contente pas d'une approche ancrée dans l'imaginaire ou le divertissement, l'approche sensorielle via l'utilisation de la musique, du chant ou encore de bulles de savon provoque souvent des résultats inattendus.</p> <p>Enfin pour dérider les plus sceptiques ou ceux souhaitant simplement être consommateurs, le clown peut également se mettre en scène, générant des situations cocasses ou mettant en dérision le cadre sérieux de l'hôpital.</p> <p>En plus des objets déjà cités, le clown peut encore compter sur sa marionnette à doigt, souvent privilégiée pour des approches en douceur. De même, l'utilisation de ballons à structurer ou de cartes postales ordonnances permettent à l'enfant de conserver une trace du passage du clown jusqu'à sa prochaine visite.</p> <p>Suite à son intervention, le clown, de l'institution visitée, réalise un feedback oral à l'équipe soignante et bénéficie de supervision avec un pédo-psychiatre tous les trois mois. Enfin, outre les échanges entre clowns, une évaluation annuelle qui réunit la fondation, les soins et les clowns permet de recadrer le travail futur.</p>
Défis futurs pour la profession	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le rapport à l'écrit pour rendre plus formels et accessibles les retours donnés par les clowns, afin d'ajouter en annexes aux dossiers médicaux, une documentation utile pour tous les acteurs des soins, des informations sur : l'environnement du patient, sa personnalité (caractère, goûts, hobbies, relations avec proches...), son état d'âme. - Résoudre la délicate question des informations à transmettre ou pas aux équipes de soins, par un meilleur traitement de cette question entre professionnels sur le terrain - Faire reconnaître l'intervention comme une profession - Bénéficier d'une meilleure reconnaissance du métier

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actuellement les clowns sont encore financés par des fonds privés, des associations, des fondations et pas par les structures hospitalières. ○ Grâce à l'intervention des clowns, les cas de dépression sont moins nombreux. Bien que scientifiquement¹⁵⁰ prouvée, cette information est encore peu employée afin de justifier le bienfait d'une telle intervention.
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un clown oeuvrant en pédiatrie, la lecture des ouvrages suivants : MATHYER, Eric.- <i>Clown d'hôpital, mon métier : docteur Panosse</i>. Lausanne : Ed. d'en Bas, 2006, et PONS, Nadine.- <i>Clown à l'hôpital : quand le clown rencontre l'enfant malade</i>. Nîmes : Ed. Champ social, 2006, la consultation des sites internet suivants : le site de la fondation Théodora http://www.theodora.org/Portail.php, le site de l'association romande des clowns d'hôpital http://www.archop.ch/, le site de Chuck Gallozi, fondateur du groupement de pensée positive de Toronto http://www.personal-development.com/chuck/laughter.htm, et enfin le site de l'université du Maryland http://www.umm.edu/news/releases/laughter2.htm</p>

¹⁵⁰ Voir les sites suivants : site officiel de Chuck Gallozzi <http://www.personal-development.com/chuck/laughter.htm>, article du New-York Times du 13.03.07 <http://www.nytimes.com/2007/03/13/science/13tier.html?pagewanted=all>, le site de l'université du Maryland <http://www.umm.edu/news/releases/laughter2.htm>

Psychologue

Aperçu historique	<p>Les psychologues existent depuis longtemps à l'hôpital. En Suisse romande, les psychologues ont été engagés avant tout en tant que diagnosticiens, pour réaliser des tests. Par la suite, leur champ d'action ne s'est plus seulement confiner au diagnostic. Au contraire, de diagnosticiens certains psychologues sont devenus thérapeutes, investissant ainsi un champ jusque là davantage dévolu aux psychiatres. L'institution dans laquelle travaille le professionnel interrogé illustre bien cette tendance. Deux psychologues diagnosticiens y travaillent ainsi que deux psychologues thérapeutes, et un psychologue chargé de la recherche.</p> <p>En soins palliatifs, l'engagement de psychologues c'est fait dès les années 80, notamment suite à la propagation du virus du sida.</p>
Fonctions/Buts poursuivis	<p>Fonction structurante</p> <p>Par son intervention, le psychologue réinvente, reconstruit un espace où il offre la possibilité au patient de se retrouver au calme, de prendre de la distance par rapport à ce qu'il vit. Au travers de ce cadre où le patient peut être écouté sans crainte d'être dérangé, ni jugé, le patient peut petit à petit se reconstruire.</p> <p>Fonction d'accompagnement</p> <p>En faisant écho à une histoire individuelle en assurant une présence et une écoute, le psychologue accompagne le patient dans son vécu, le rejoint dans son être. Il permet à la personne d'être soulagée au travers de l'écoute offerte. Il pose un regard de compréhension et non de jugement sur un agir et sur un être. Enfin, par sa présence rassurante, il sert aussi de soutien pour les proches qui trouve en lui un professionnel qui s'occupe du patient, qui prend en compte son histoire.</p> <p>Fonction de prévention</p> <p>Le psychologue adopte également une fonction préventive en apprenant au patient à repérer des signaux alarmants qui annoncent une baisse de son état psychique. De même, par une intervention, il est une alternative à la surmédication parfois pratiquée lorsque aucun traitement ne se révèle efficace.</p> <p>Fonction de médiation</p> <p>Par son intervention, le psychologue occupe aussi une fonction de médiation. Celle-ci s'exprime d'ailleurs à différents niveaux. Tout d'abord, elle permet au patient un mieux-être par la résolution de conflits internes. Ensuite, elle favorise</p>

	<p>une meilleure communication entre les différents membres de la famille et le patient. Enfin, elle clarifie les rôles occupés par le thérapeute et les membres de la famille afin que chacun se sente respecté et puisse se positionner au sein du processus thérapeutique</p> <p>Fonction d'empowerment</p> <p>Par un regard porté sur l'autre et l'écoute qu'il lui offre, le psychologue cherche à rendre le patient parti prenand du processus de soin en fixant, avec lui, des objectifs par rapport à sa pathologie et ses affections et, en amenant la personne à s'affirmer au sein d'un groupe, à être davantage sûre d'elle-même.</p> <p>Dans le cas des soins palliatifs, une démarche similaire a lieu, en l'incitant à s'ouvrir au spirituel, à retrouver de l'espoir et à continuer à se battre, ou encore en redonnant de la valeur à de petits intérêts oubliés.</p> <p>Enfin, une responsabilisation similaire est menée par le psychologue auprès des autres acteurs de soin, en ramenant au centre de la prise en charge du patient des valeurs comme l'humanité ou l'authenticité.</p> <p>Fonction de déconstruction/reconstruction d'une identité</p> <p>Par la mise en mots d'affects, la verbalisation, le psychologue peut amener le patient à mettre au jour, formuler ce qui, à un moment donné de son existence, a inscrit la douleur dans son histoire. Par le dévoilement de ce passé à un tiers, le patient peut également peu à peu se le réapproprier en déconstruisant des périodes charnières qui l'ont conduit à sa situation actuelle. Dans le cas des soins palliatifs, ceci est d'autant plus touchant que c'est une des dernières fois que le patient se raconte. Dernier témoin de ce vécu, le psychologue se doit donc de le recevoir comme un mystère, de l'interpréter, de le comprendre, de le questionner, dans une écoute active, intéressée.</p> <p>Fonction occupationnelle</p> <p>Par un rôle parfois flou pour les autres soignants, et par la nécessité de maintenir l'illusion du soin pour préserver la bonne conscience du médecin, et la foi que les gens placent en la médecine moderne, le psychologue se doit, dans certains cas, d'investir une fonction purement occupationnelle. Alain Michaud l'évoque d'ailleurs sans retenue dans son livre : « Je savais bien comment il faisait le tri, le jeune interne. Quand il ne savait plus quoi faire de ses clients, il me les envoyait. Non pas parce qu'il croyait aux bienfaits de la psychologie mais parce que ça lui permettait de se défiler, de se débarrasser des importuns, des teigneux, des accrocheurs en tous genre qui encombraient son service. Là encore, le psychologue servait de dépotoir. »¹⁵¹</p> <p>Bref, l'intervention du psychologue se substitue donc parfois à l'impuissance totale de la médecine, ayant pour seul but de distraire le patient de sa misère, de sa peur, de son ennui radical. Après tout, en occupant cette drôle de fonction, le</p>
--	--

¹⁵¹ MICHAUD, Alain.- *A quoi ça sert un psy ? : les infortunes de la psychologie à l'hôpital*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007 p.91

	psychologue permet de rassurer tous les autres soignants qui voient ainsi quelqu'un s'occuper des cas qu'ils ne peuvent traiter.
Forme de la prise en charge	<p>L'intervention a lieu soit sous forme d'entretien individuel, soit par groupe, sur participation volontaire du patient afin de lui permettre de s'affirmer. Dans ce second cas, des propositions de groupes sont réalisées par le praticien. Dans le cas de l'intervention en soins palliatifs, elle est toujours réalisée sous forme individualisée, ou éventuellement avec les proches. En général, la prise en charge est destinée à un accompagnement basé sur du long terme.</p> <p>La population prise en charge par les psychologues est relativement diversifiée : personnes atteintes de troubles alimentaires, de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur, d'anxiété ou de dépression, et dans certains cas aussi, les victimes de problèmes sociaux, et celles de douleurs inexplicables sur un plan physiologique.</p> <p>Cependant, lors de certaines prises en charge, l'intervention est aussi réalisée avec les proches afin de mieux comprendre des dysfonctionnements familiaux, ou en partie dus à l'entourage. Dans le cas du psychologue travaillant en soins palliatifs, le recours au personnel est aussi courant afin d'expliquer son rôle, de partager sa vision de la mort, d'échanger sur la vie et le sens qu'il s'agit de lui donner, de comprendre les tracas du personnel et les enjeux pour une prise en charge adéquate du patient.</p>
La formation en quelques mots	<p>Au bénéfice d'une formation préalable d'infirmière, le professionnel rencontré est détenteur d'une licence de psychologie générale, puis d'une formation post-grade spécifique en thérapie cognitive et comportementale (TCC). En outre, durant sa formation continue, le professionnel interrogé, tout comme celui intervenant en soins palliatifs, a notamment eu l'occasion de se familiariser avec les philosophies orientales (Tchouang Tseu, Bouddha...).</p> <p>Les orientations/applications pratiques de la psychologie ne se limitent pas à l'hôpital, pouvant aussi entrer dans le cadre scolaire, le domaine de l'orientation professionnel, ou tout simplement la création d'un cabinet privé. Par conséquent, la formation de base offre surtout des outils pour travailler dans le conseil : connaissances en psychologie générale et psychologie humaine de l'enfant, formation de base en psychopathologie et psychoneurologie, et expériences comportementales en laboratoire. A ces formations théoriques vient s'ajouter un travail sur soi-même de 200 heures à réaliser auprès d'un thérapeute formé.</p>

Compétences	<p>Afin d'intervenir en tant que psychologue, il faut notamment avoir les connaissances appropriées en psychologie et psychanalyse (écoute flottante, transfert et contre-transfert, la projection, l'inconscient, les mécanismes de défense...). De plus, il est nécessaire d'avoir envie d'aider l'autre, d'avoir un intérêt pour le patient, d'être pleinement là, de faire silence, d'être à l'écoute, d'être léger, transparent, respectueux de ce qu'il vit. Bref, il est essentiel de faire preuve d'une grande sensibilité envers le patient et sa façon de vivre l'hospitalisation.</p> <p>Enfin, il est important aussi de comprendre ce que l'interaction avec l'autre suscite en soi¹⁵², de pouvoir : observer les comportements des bénéficiaires, analyser la situation, gérer ses émotions, prendre de la distance par rapport à ce qu'on vit, connaître ses limites et les accepter, faire preuve d'humilité face au patient et au mystère dont il nous entretient. Au sein de l'équipe, il faut aussi savoir reconnaître les partenaires de soin et pouvoir se situer, malgré une présence considérée parfois comme marginale.</p>
Déontologie/Ethique	<p>La déontologie citée en exemple par le professionnel rencontré est celle du code de déontologie d'une des deux associations de psychologues en Suisse, la FSP¹⁵³.</p>
Champ d'intervention	<p>Au sein de l'institution visitée, cinq psychologues sont employés par la structure. Parmi ces derniers, deux d'entre eux oeuvrent comme diagnosticiens (pour un 100%), un comme chercheur, et enfin deux comme thérapeutes (pour un 120%). Selon le professionnel rencontré, il faudrait encore davantage de psychologues dans la structure. Les psychologues travaillent en équipe en général, mais dans le cas présent les échanges demeurent limités par des pratiques différentes.</p> <p>En principe, les domaines d'intervention privilégiés des psychologues sont la psychiatrie, la psychogériatrie, et la psychiatrie de liaison. Néanmoins, il n'est pas rare de retrouver des psychologues oeuvrant en pneumologie, en soins palliatifs, en gastro-entérologie, en médecine interne, aux urgences, ou encore en fibromyalgie.</p> <p>Le professionnel rencontré est rattaché au service de psychiatrie adulte qui est placé sous la responsabilité du chef de clinique. Il a donc pour collègues des médecins assistants.</p>
Conditions d'intervention	<p>Selon l'état physique du patient et l'autorisation ou non du médecin, l'intervention est rendue possible ou non. Dès l'entrée à l'hôpital, l'intervention en psychiatrie a lieu par la réalisation d'entretiens. Au début, le patient entre dans une phase d'observation de deux, trois semaines qui lui permet de prendre du recul par rapport à lui-même dans un lieu calme. Ce temps permet également au praticien d'observer les comportements à problème. A cette phase succède une phase de prise de conscience qui peut être plus ou moins longue selon les personnes. Une fois la prise de conscience effectuée, et selon les pathologies, un contrat va alors être établi avec le patient. Ce dernier comporte</p>

¹⁵² Ces attitudes sont décrites avec plus de détails dans le livre : MICHAUD, Alain.- *A quoi ça sert un psy ? : les infortunes de la psychologie à l'hôpital*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007

¹⁵³ Site de la fédération suisse des psychologues <http://www.psychologie.ch/fr.html>

	<p>un ou des objectifs réalisables, dans une durée d'un mois, par le patient. Il comprend également un bref descriptif des moyens pour y parvenir. Le thérapeute et le patient le signent. La thérapie succède alors à ce long processus de conscientisation.</p> <p>Les interventions à domicile sont rarissimes et ne s'effectuent pas dans la structure où le professionnel interrogé travaille. Cependant, d'anciennes structures, dans lesquelles il a travaillé, le faisaient de façon ponctuelle. Les interventions varient entre une semaine, en cas de refus de traitement, à une année. Tout dépend de la précocité du diagnostic. Il faut des années pour être guéri et il faut donc accepter le fait qu'une majorité de personnes ne seront jamais complètement guéries.</p> <p>L'intervention se réalise généralement sur le long terme, et à court terme (deux à trois séances) lors d'évaluations en psychiatrie de liaison. Les rencontres durent généralement de 45 minutes à une heure en moyenne, parfois 30 minutes.</p> <p>En fonction des institutions et des services, l'intervention se réalise dans des lieux différents. En psychiatrie, l'intervention a souvent lieu, avec une infirmière, dans un bureau prévu à cet effet, ou dans une salle plus grande, prévue pour des réunions, dans l'unité de soins concernée.</p> <p>En soins palliatifs, par contre, le psychologue intervient directement dans les chambres des patients, ou dans des cas rarissimes, à domicile.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'informations</u></p> <p>Une préparation est effectuée avec l'infirmière référente du patient. Les psychologues ont également accès aux dossiers médicaux, pour la prise d'informations supplémentaires en cas de besoin. De plus, ils peuvent y ajouter leurs observations pour un emploi ultérieur.</p> <p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>Lors du première entretien, pour le professionnel interrogé, il est important de questionner son ressenti, de ne pas poser d'attentes ou se fixer des objectifs afin d'éviter de se mettre un filtre. De même, lors des entretiens suivants, il est essentiel d'avoir le cadre à l'esprit. Adopter une posture d'accueil, ne pas avoir de pré-conçus, être à l'écoute de ce que l'autre suscite en soi en terme de réactions sont également des attitudes adoptées fréquemment par le psychologue intervenant en soins palliatifs.</p>
Outils et matériel utilisé	<p>L'intervention des psychologues s'appuient sur relativement peu d'outils. J'y distingue des outils destinés à l'intervention auprès du patient, des outils d'évaluations, et enfin des outils destinés à assurer le confort du professionnel, élément incontournable d'une intervention adéquate.</p>

	<p>Dans le cas des outils destinés à l'intervention auprès du patient, celui qui semble être le plus vital à la profession est la parole. Par elle, le patient se raconte : exprime un vécu, revit des émotions, évoque des temps de sa vie, fait part de ses relations familiales. Bref, pour le psychologue, c'est une mine inépuisable d'informations qui lui sont donc peu à peu révélées et qui lui permettent de mettre à jour des mécanismes inconscients, d'anciennes blessures, de remonter à l'origine des douleurs du patient.</p> <p>Ensuite, parmi les outils d'évaluations, il me paraît important de mentionner les entretiens, la prise de note et enfin les échelles et questionnaires d'évaluation. Au travers de ces quelques outils, le psychologue assure un suivi du patient dans un cadre posé. Il peut consigner des actes, des affects, des paroles et donc y revenir ultérieurement. De même, par une prise de note réalisée au fur et à mesure de l'entretien, aucune interprétation n'est possible. Les paroles sont écrites telles qu'elles sont dites. Enfin, grâce aux outils d'évaluation, il est possible d'identifier l'évolution des comportements du patient par rapport à eux-mêmes et aux autres.</p> <p>Parmi les outils destinés aux comforts du professionnel, il est intéressant de noter le fauteuil, objet anodin mais qui permet de recevoir, encaisser, de conserver de la distance par rapport à l'autre. Autre outil également employé par les soignants, le colloque journalier permet de se confronter aux points de vue d'autres professionnels et de partager ses difficultés. Enfin, par le recours à un « grand frère » aussi psychologue, il est possible de réaliser des supervisions pour traiter de questionnements liés à sa pratique.</p>
Défis futurs pour la profession	<p>Pour le professionnel interrogé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir, développer cette unité pour les troubles alimentaires - Assurer la pérennité de l'intervention <p>Pour le professionnel intervenant en soins palliatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir collaborer entre collègues malgré des courants de pensée différents - Bénéficier d'un meilleur tri des patients en questionnant leur mal-être, lors d'un même entretien, sous plusieurs points de vue : médical, social, spirituel, philosophique.... - Réintroduire la mort comme faisant partie de la vie, comme partie intégrante du quotidien social et non juste comme phénomène caché à l'hôpital - Amener une prise de conscience, auprès des autres acteurs de l'hôpital, que la douleur n'a pas forcément de cause ou de conséquence physiologique mais qu'elle peut être une expression d'une difficulté autre de la personne, par exemple un refoulement - Cesser de servir de bouche-trou lorsque aucune cause physiologique n'a été trouvée - Être intégré parmi les soins, reconnu, considéré. Le professionnel interrogé nous fait part également de sa difficulté, au début, de définir son rôle et de faire sa place - Amener la structure à s'interroger sur la façon dont sont accordés les moyens, sur le sens des actions qui se jouent à l'hôpital, faire émerger des débats éthiques

Sources	Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : la réalisation d'un entretien avec un psychologue oeuvrant en psychiatrie, la consultation de l'ouvrage suivant : MICHAUD, Alain.- <i>A quoi ça sert un psy ? : les infortunes de la psychologie à l'hôpital</i> . Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007, et la consultation du site de la fédération suisse des psychologues http://www.psychologie.ch/fr.html
---------	--

Assistant social

Aperçu historique	<p>Dès 1937, des documents traitent de la mise sur pied d'un service social à l'aide d'assistants sociaux spécialisés au niveau des dispensaires d'hygiène mentale. En 1960, le texte destiné à sectoriser la psychiatrie des autres interventions médicales fait également mention de l'institution d'assistants sociaux au cœur de la prise en charge.</p> <p>Dans l'institution visitée, durant 13 ans un assistant social travaillait dans la structure à 100%. Par la suite, ce poste fut supprimé et il n'y eut plus de service social pendant dix ans. Durant cette période, une assistante sociale provenant d'Emera assurait une permanence une demi-journée par semaine. En 2006, une prise de conscience de la nécessité d'une prise en charge sociale de certains patients permit la création d'un nouveau service social, composé de deux assistantes sociales, pour un taux d'occupation de 100%. Par la suite, ce taux fut augmenté de 40% afin de mieux répondre aux problématiques sociales toujours plus importantes auxquelles doit répondre l'établissement.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p>Fonction de mise en réseau</p> <p>Au sein du réseau du patient, l'assistant social occupe un rôle clef. En effet, il s'agit pour lui de faire le lien avec les services sociaux compétents, d'assurer les contacts entre le patient et ses employeurs, et aussi de permettre la mobilisation des réseaux personnels du patient. Enfin, par la recherche de structures, de relais, d'établissements spécialisés, l'assistant social favorise l'accès, par le patient, aux dispositifs communaux tels que le centre aéré, la bibliothèque, les associations sportive. Enfin, en permettant au patient de profiter de son réseau, l'assistant social favorise l'orientation et la réhabilitation professionnelle du patient.</p> <p>Fonction d'intégration sociale</p> <p>L'assistant social a également pour rôle de favoriser l'insertion et la réinsertion de personnes en situation précaire. En contribuant à la réinsertion socioprofessionnelle, l'assistant social prépare la sortie du patient. Il établit les connexions nécessaires à une prise en charge destinée à la stabilisation de la situation médico-sociale et socio-économique du patient.</p> <p>Fonction de conseil et de défense</p> <p>Durant l'intervention, l'assistant social occupe une fonction de conseil auprès des patients. Il s'agit de vérifier leurs revenus, de s'assurer du respect des droits sociaux du patients (LPP/APG (principalement)/AI (principalement)/AVS), et de les accompagner dans les différentes démarches administratives qui pourraient les concerner : recherche de travail, prétention salariale, assurance, obligations légales...</p> <p>De même, il s'agit aussi de favoriser l'accès aux soins et le maintien des droits des usagers. En évaluant les difficultés sociales et économiques des patients, l'assistant social peut identifier leurs besoins. Si nécessaire, il peut par exemple mettre en place un soutien socio-éducatif pour les enfants pris en charge. En intervenant sur les patients et leurs familles,</p>

	<p>l'assistant social cherche à conseiller, orienter, soutenir afin d'aider les patients à appréhender de façon globale leurs difficultés familiales, sociales, économiques, psychologiques et médicales.</p> <p>Enfin, la fonction de conseil de l'assistant social s'adresse aussi à l'équipe pour qui l'assistant social peut se révéler une ressource utile afin de l'informer sur les dispositifs sociaux et la législation médico-sociale en vigueur.</p> <p>Fonction d'empowerment</p> <p>L'assistant social travaille aussi sur la mobilisation et la formation du patient afin qu'il se responsabilise pour gérer son budget et réalise par lui-même des démarches administratives.</p> <p>Fonction de prévention</p> <p>Afin d'assurer un mieux-être de la personne à long terme, l'assistant social veille à maintenir le tissu social du patient. Il cherche également à identifier d'éventuelles problématiques sociales ayant pu conduire à des défaillances en terme de santé.</p> <p>Fonction de coordination</p> <p>L'assistant social participe aux initiatives de l'équipe en matière d'information, de formation, et de mise en place de collaborations destinées à des partenaires. Il collabore également à l'élaboration de projets d'équipe et veille à la meilleure coordination et complémentarité entre les membres de l'équipe. Par le rôle qu'il occupe, l'assistant social apporte un éclairage de la donne sociale à la réflexion collective. Il adapte les projets aux modalités de vie sociale des patients et à celles de leurs proches, ainsi qu'aux réalités administratives. Enfin, par son intervention, l'assistant social veille aussi à favoriser les connexions, les articulations, le partage de réflexion au niveau de l'équipe, tout comme la création de liens autour du patient.</p> <p>Fonction d'accompagnement</p> <p>L'assistant social crée du lien avec le patient et ses proches. Il cherche à favoriser la prise de recul face aux troubles du patient et à soutenir les proches dans un quotidien rendu difficile.</p>
Forme de la prise en charge	<p>L'assistant social intervient à plusieurs niveaux : sur le personnel, sur les patients de toutes pathologies et de tous âges, et auprès des proches. L'intervention sur le personnel vise surtout à sensibiliser aux problématiques sociales les autres professionnels, à amener une prise de conscience des enjeux sociaux liés au patient. De même, l'assistant social œuvre aussi auprès du personnel afin de faire comprendre le sens de son action, de se faire connaître en tant que ressource pour le reste de l'équipe. Enfin, dans certains cas, le travail entrepris auprès des patients, se poursuit avec les familles des</p>

	<p>patients.</p> <p>Dans l'institution visitée, la prise en charge est réalisée sous forme individualisée, et que rarement sous forme collective, lors de travail avec les proches, les familles. L'intervention peut soit s'inscrire sur du court terme, soit plutôt sur du long terme selon les besoins des patients.</p>
La formation en quelques mots	<p>Afin de travailler comme assistant social, il faut être au bénéfice d'un bachelor en travail social option assistant social. A défaut, un master en sciences sociales à l'université peut également convenir. C'est d'ailleurs le cas du professionnel interrogé.</p> <p>Les contenus de formation varient en fonction de la formation suivie. Dans le cas de la formation master, les contenus de cours sont plutôt théoriques et traitent de la sociologie, de la politique sociale, de l'anthropologie et de la psychologie. Par contre, dans le cas de la formation bachelor, outre des contenus théoriques sur les assurances sociales, la politique sociale suisse, des outils davantage pratiques sont proposés : bases en communication PNL, formation à des techniques d'entretien, 20 heures de supervision personnelle, ainsi que deux stages pratiques d'une durée d'environ six mois.</p>
Compétences	<p>Afin de pouvoir réaliser une intervention adéquate, des connaissances sont requises en terme de droits sociaux, de lois, d'assurances sociales, et aussi en terme de communication, d'entrée en relation. De même, une bonne connaissance des pathologies des patients et des conséquences qu'elles causent sur leur comportement est la bienvenue afin de pouvoir adapter son intervention au gré des situations rencontrées. Enfin, vu le nombre important de tâches administratives, des compétences rédactionnelles sont aussi nécessaires.</p> <p>Le fait de savoir se vendre, se faire reconnaître au milieu d'autres professionnels revêt également une importance particulière afin d'être compris par le corps médical. De même, il est essentiel de pouvoir se familiariser avec le jargon médical, de comprendre et de s'adapter au mode de fonctionnement du corps médical. Enfin, être capable de chercher des informations théoriques et de réaliser des observations sur le terrain sont deux compétences nécessaires afin de réorienter sa pratique.</p>
Déontologie/Ethique	<p>Comme tous professionnels intervenant auprès des patients, les assistants sociaux sont soumis au secret médical. De même, ils peuvent s'appuyer sur le code de déontologie des assistants sociaux, qui se veut être, en réalité, le même que celui des travailleurs sociaux défini par Avenir Social¹⁵⁴.</p>
Champ d'intervention	<p>Dans l'institution visitée, un assistant social extérieur à l'institution intervient spécifiquement pour les patients à l'AI. Il peut ainsi détecter les patients qui ont besoin de lui suffisamment tôt pour assurer un suivi une fois leur sortie effectuée.</p>

¹⁵⁴ Site officiel d'Avenir Social Suisse <http://www.avenirsocial.ch/fr/index.cfm>

	<p>Sinon, deux assistants sociaux interviennent pour un taux d'occupation de 140%. Ils sont rétribués par la structure et sont les seuls à œuvrer au sein de leur réseau de santé. Dans d'autres réseaux de santé, des assistants sociaux sont également été engagés mais leur nombre reste restreint. Le professionnel interrogé nous parle d'un total de cinq assistants sociaux dans un autre réseau de soins pour un taux d'occupation de 300%.</p> <p>Les services dans lesquels les assistants sociaux sont appelés à travailler sont principalement les hôpitaux de jour, la psychiatrie, et enfin la pédiatrie, domaine dans lequel un gros besoin existe selon le professionnel interrogé. Cependant, le service social pourrait œuvrer dans d'autres services, tant que son intervention est conditionnée par le souci de défendre et répondre aux besoins et droits sociaux des patients. Dans la structure visitée, le service social dépend du service médico-technique, lui-même rattaché aux soins infirmiers, qui dépendent de la direction. Dans ce service médico-technique, nous retrouvons aussi la pharmacie, l'ergothérapie, la psychomotricité et la physiothérapie.</p>
Conditions d'intervention	<p>Le service social n'intervient pas sur prescription du médecin. Il entre en action suite à l'identification de problèmes précis par un soignant ou par les assistantes sociales elles-mêmes. Généralement, les demandes proviennent des patients eux-mêmes ou des équipes de soins. L'accompagnement s'effectue plutôt sur la durée et, dans certains cas, le patient demeure suivi par le même service social même si son hospitalisation comprend un changement de site. Enfin, une attention toute particulière est donnée à la transmission d'informations, d'un service social à l'autre, afin d'assurer le suivi.</p> <p>L'intervention se réalise plutôt sur le long terme à raison d'une rencontre hebdomadaire sauf en cas d'urgence ou la fréquence peut être revue à la hausse. Cependant, il arrive aussi que dans certains cas, seules deux ou trois entrevues soient nécessaires afin de régler de menus détails administratifs.</p> <p>Les entretiens peuvent varier de 15 minutes à une heure, bien que pour une première entrevue il faille compter en moyenne 45 minutes. Les assistants sociaux accueillent les patients soit directement dans leur bureau, soit dans des salles prévues pour des entretiens¹⁵⁵ au sein des unités. Parfois, des rencontres avec des proches ont lieu hors institution afin de leur donner quelques clefs nécessaires au retour à domicile du patient.</p>
Préparation de l'intervention	<p>En terme d'informations</p> <p>Afin d'intervenir de façon optimale, l'assistant social doit avoir en tête la situation du patient, que ce soit par la consultation des dossiers médicaux ou le recours à des collègues, à des soignants. Le défi réside donc dans la mise en parallèle des conséquences de la pathologie du patient, notamment en terme de handicaps et d'inadaptations diverses, et la réalité sociale, économique, et administrative toujours plus exigeante.</p> <p>En terme d'attitudes</p> <p>Durant l'intervention, il est capital que l'assistant social puisse faire preuve de non jugement et ne pas être influencé par la pathologie du patient.</p>

¹⁵⁵ C'est par exemple le cas dans l'institution visitée.

Outils et matériel utilisé	<p>Pour intervenir, l'assistant social peut compter sur un certain nombre d'outils qui remplissent différentes fonctions : outils administratifs, outils relationnels, ou outils d'évaluation.</p> <p>Une série d'outils administratifs permettent à l'assistant social d'intervenir. Ce dernier peut réaliser des demandes de tutelles ou des demandes AI. Il effectue également des prises de contacts téléphoniques, des accompagnements dans des administrations, des visites de structures. Enfin, de nombreuses démarches sont également réalisées vers des organismes extérieurs afin d'assurer un suivi optimal du patient après son hospitalisation.</p> <p>Le réseau, outil relationnel d'importance, permet à l'assistant social de réorienter le patient qui recherche un emploi ou un logement. Il peut également lui permettre de se réinsérer dans la société, par exemple en ayant une vie associative. Dans d'autres cas, l'assistant social peut également réorienter le patient vers des structures intermédiaires, convenant mieux à sa situation, comme les centres médico-sociaux. Enfin par sa participation à des colloques d'équipe, l'assistant social se doit aussi de pouvoir se confronter à d'autres points de vue et d'émettre un point de vue sur l'encadrement et le suivi à mettre en place pour le patient.</p> <p>Enfin, les outils d'évaluations se présentent sous diverses formes. Les dossiers médicaux permettent par exemple de se forger une première idée sur le patient. De même, les feedbacks d'entretiens réalisés avec les patients, et les évaluations réalisées sur la base de grilles d'indicateurs offrent un aperçu du travail d'évaluation proprement dit. Enfin, l'écoute des anamnèses, la participation aux colloques d'unités et aux réunions de révision de traitement¹⁵⁶ permet à l'assistant social de se confronter à différents points de vue et donc de remettre en question ses observations personnelles et les conclusions qui en découlent.</p>
Défis futurs pour la profession	<p>Dans l'institution visitée, les défis de l'intervention, pour le professionnel interrogé, sont les suivants : améliorer la prise de conscience par les autres professionnels des besoins sociaux du patient, faire reconnaître par les autres acteurs du système de soins l'intervention réalisée, et enfin permettre le développement du service social au sein de l'institution.</p>
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un assistant social intervenant en psychiatrie, la consultation des sites suivants : Avenir Social Suisse http://www.avenirsocial.ch/fr/index.cfm, et le site du centre régional de ressources pour l'optimisation du management et des organisations des établissements de santé http://www.c2rsante.fr/home.php</p>

¹⁵⁶ Ces réunions sont des réunions qui comprennent tous les professionnels qui entourent le patient

Educateur

Aperçu historique	<p>Dans l'institution visitée, la création d'un poste d'éducateur résulte de la volonté de deux docteurs de la psychiatrie et d'une infirmière cheffe de créer un service de pédopsychiatrie pluridisciplinaire. Au début, en 2002-2003, un seul éducateur était engagé. Maintenant, le service en compte deux de plus.</p> <p>La présence d'éducateurs au sein du service est très liée à la population à prendre en charge, mais leur présence demeure encore marginale et la spécificité de leur intervention n'est pas toujours comprise. C'est peut-être une des raisons qui expliquent une réduction prochaine de la présence des éducateurs, à deux postes. Pour précision, ce poste sera repourvu au profit d'un infirmier et il ne s'agit donc pas d'une mesure d'économie.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p>Fonction socialisante</p> <p>L'éducateur traite des problèmes sociaux et accompagne le patient dans une prise en charge quotidienne, du lever au coucher en passant par les temps de repas, les ateliers thérapeutiques et les animations vécues. En assurant la conservation de liens affectifs (parents, famille...) et d'apprentissage (scolarité intégrée et adaptée), l'éducateur assure aussi une bonne intégration du patient lors de sa sortie de l'hôpital. Il intervient également auprès des familles afin de les accompagner durant le temps d'hospitalisation.</p> <p>Fonction d'autonomisation (auto = soi-même / nomos = la loi)</p> <p>Par son intervention, l'éducateur amène aussi le patient à se responsabiliser, notamment en lui redonnant un statut social, un rôle de citoyen. En stimulant les ressources dont il dispose, le patient est invité à se fixer lui-même des limites, à faire lui-même ses lois sans piétiner celles de l'autre.</p> <p>Fonction de coordination</p> <p>En collaboration avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, l'éducateur réfléchit sur la prise en charge quotidienne du patient, notamment en apportant des observations approfondies et détaillées sur le patient. Être informé sur toutes informations qui concernent le patient, et informer l'équipe sur l'évolution de la relation entretenue avec le patient est donc essentiel pour garantir une prise en charge optimale. C'est aussi l'occasion pour l'éducateur de se confronter à d'autres avis, de réfléchir sur soi et de se questionner sur ses perceptions du patient. Enfin, au travers de ces échanges d'informations, il s'agit aussi de désamorcer les conflits d'équipe et de pouvoir créer un cadre, qui fait preuve de cohésion, et qui soit cohérent pour le patient.</p> <p>Fonction de communication</p>

	<p>Par son entrée en relation avec le patient et, ses parents, ses proches, l'éducateur se veut occuper un rôle de communicateur. En effet, peu à peu un lien se crée et permet au patient et à ses proches d'exprimer un vécu. De même, l'éducateur, pour sa part, communique des informations sur le patient et son comportement, ses progrès. Il fait accepter la possibilité de changements à des parents qui s'étaient parfois résignés. Mieux, il les rend acteur du processus de soin.</p> <p>Fonction structurante</p> <p>Par le rappel d'un programme journalier rythmé par diverses activités, l'éducateur garantit un cadre stimulant et contenant au patient. Il l'accompagne lors de changements d'activités et de lieux, l'aidant à réaliser ces étapes de passage.</p> <p>Enfin, par le soutien qu'il offre, l'éducateur veille aussi à orienter le patient dans le temps et l'espace, à contenir ses angoisses et son agressivité, à le rassurer par sa présence, et à exprimer différemment sa souffrance.</p> <p>Fonction d'accompagnement</p> <p>Par son implication dans le quotidien du patient, l'éducateur remplit aussi une fonction d'accompagnement, qu'il s'agisse d'accueillir la souffrance du patient, de changer l'image qu'il a de lui-même, ou encore de vivre des expériences favorables et structurantes avec le patient. Bref, par ses compétences, il peut donc donner du sens aux difficultés de développement du patient et amener une prise de conscience chez le patient, de son comportement et de ses attitudes. Enfin, en se présentant comme ressource, il peut également servir d'appui aux processus d'identification et favoriser une reprise du développement du patient.</p>
Forme de la prise en charge	<p>Les patients pris en charge par les éducateurs en pédopsychiatrie sont soit des enfants âgés de 4 à 13 ans, soit des adolescents âgés entre 12 et 18 ans. Les troubles dont ils souffrent sont soit d'ordre psychique, soit comportementaux. Parmi les affections traitées, il est notamment question de troubles du sommeil, de troubles de l'alimentation, de troubles de la personnalité, de troubles affectifs, de troubles du comportement social, de phobies scolaires ou dysharmonies éducatives, d'attitudes de borderline, de symptômes négatifs de psychose, de dépressions, d'automutilations, d'attitudes suicidaires et de maladies psychosomatiques.</p> <p>Outres un travail avec les patients, une intervention peut également être engagée auprès des proches des patients car beaucoup de dysfonctionnements résultent de conflits sociaux et familiaux.</p> <p>Enfin, les éducateurs interviennent également auprès de leurs collègues infirmiers par l'importation de nouvelles techniques de prise en charge.</p> <p>La prise en charge effectuée se veut généralement individualisée, basée sur du long terme, et définie par une feuille qui décrit le cadre que chaque patient se doit de respecter en fonction de sa pathologie. Cependant, lors d'ateliers thérapeutiques, les patients se retrouvent alors en groupe.</p>

La formation en quelques mots	<p>Afin de réaliser une formation d'éducateur, un ou des stages préalables, dans le social, d'une durée de 40 semaines doivent être réalisés. De plus, le candidat doit écrire une autobiographie et passer un entretien d'entrée.</p> <p>L'éducateur interrogé a réalisé une formation d'éducateur ESTS, puis d'enseignant de musique, avant de réaliser un post-grade de deux ans en systémique et thérapies familiales. Enfin, une expérience pratique de quinze ans notamment auprès des enfants et de la jeunesse, vient compléter son expérience professionnelle.</p> <p>Le contenu de sa formation de base abordait notamment les pathologies psychiatriques et également quelques connaissances de base en systémique et en programmation neurolinguistique. Aujourd'hui, des thématiques comme les assurances sociales, le travail en réseau, l'observation et l'évaluation, la relation d'aide, la construction d'une pensée critique, des bases en psychanalyse viennent également compléter la formation des éducateurs sociaux.</p>
Compétences	<p>Afin d'œuvre comme éducateur en milieu hospitalier, l'acquisition d'un certain nombre de connaissances est nécessaire dans les domaines suivants: l'animation de groupe, les techniques d'entretiens (programmation neurolinguistique), la communication, la systémique, la gestion et la dynamique de groupe, les effets des médicaments à donner aux patients, le vocabulaire médical et social, et le travail en équipe.</p> <p>En plus de ces connaissances, l'éducateur se doit de pouvoir faire preuve d'authenticité, de disponibilité, d'empathie, d'humilité, d'écoute et d'esprit d'ouverture à l'égard des patients. Afin d'assurer un encadrement adéquat, il est important qu'il demeure aussi attentif et vigilant aux patients qui lui sont confiés, tout en générant un climat de sécurité. Bref, par une attitude responsable, il se doit de marquer physiquement sa présence pour pouvoir tout en maintenant le lien, jouer avec les cadres normatif et empathique qui conditionnent la relation à l'autre.</p> <p>Enfin, l'éducateur ne doit avoir de cesse de développer sa connaissance de soi, de se remettre en question, de s'adapter aux patients qui lui sont confiés, de pouvoir aller chercher des ressources et des informations par lui-même lorsque la situation lui échappe. De même, par un sens aiguisé de l'observation, il est important qu'il développe ses capacités d'entrée en lien, de retranscription de situations, et de médiation lors de situations se présentant comme conflictuelles.</p>
Déontologie/Ethique	Outres le secret médical, l'intervention de l'éducateur s'appuie sur le code de déontologie d'Avenir Social Suisse ¹⁵⁷ .
Champ d'intervention	<p>L'employeur du professionnel interrogé est la structure hospitalière qui emploie un poste d'éducateur à 100% et deux à temps partiel. En général, les éducateurs travaillent principalement en équipe et, en général, plutôt à 100%. L'exemple ci-dessus fait donc plutôt exception, bien qu'il corresponde bien à la tendance du lieu d'être composé d'un personnel réalisant en majorité du temps partiel.</p> <p>Le champ d'intervention privilégié des éducateurs en milieu hospitalier semble correspondre à la pédopsychiatrie. En effet, les éducateurs rencontrés jusqu'ici, y travaillaient tous. Cependant, selon l'éducateur interrogé, la psychiatrie pourrait aussi être un champ d'intervention que la profession pourrait investir à l'avenir.</p> <p>Dans l'institution visitée, l'éducateur avait pour supérieur hiérarchique l'ICUS et était intégré aux équipes de soins dans</p>

¹⁵⁷ Site officiel d'Avenir Social Suisse <http://www.avenirsocial.ch/fr/index.cfm>

	<p>une approche transdisciplinaire.</p> <p>Par contre, dans le cas de ma référence théorique¹⁵⁸, l'éducateur avait pour supérieur un responsable pédagogique qui lui travaillait, en collaboration avec le médecin assistant et le chef de clinique qui, eux dépendaient, tout comme le responsable pédagogique, du médecin chef.</p>
Conditions d'intervention	<p>Généralement l'intervention a lieu suite à une demande des parents, des services sociaux ou du médecin. Elle débute dès l'hospitalisation et se poursuit jusqu'à la sortie du patient. Pour des raisons d'objectivités, la prise en charge n'a pas lieu si les patients sont connus de l'éducateur hors de son cadre de travail.</p> <p>L'intervention des éducateurs peut varier de quelques semaines dans le cas de patients en observation, à plusieurs mois, voire deux ans pour des patients en traitement. Elle se veut axée sur un accompagnement quotidien de l'enfant, du lever au coucher. Les ateliers qui rythment la journée durent environ 90 minutes chacun.</p> <p>Toutes les interventions ont lieu à l'hôpital, les interventions à domicile relevant plutôt de l'A.E.M.O. (action éducative en milieu ouvert) selon le professionnel interrogé. Néanmoins, à certains endroits, des hôpitaux de jours accueillent les patients de 8h00 à 16h00, durant la journée.</p> <p>Les lieux d'intervention des éducateurs sont ceux fréquentés quotidiennement par les patients, à savoir les chambres individuelles et collectives, la cuisine, le réfectoire, la salle de jeux et de télévision, les salles de classe, la salle de bains et un espace destiné aux ateliers thérapeutiques. Occasionnellement, des sorties sont également organisées, ce qui permet de voir les patients dans un autre cadre.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'informations</u></p> <p>Les éducateurs ont accès aux dossiers médicaux, mais dans le cas du professionnel interrogé, il s'efforce de rencontrer le patient en disposant d'un minimum d'informations (sexe, âge, nom et prénom...). Aucune lecture du dossier médical n'est donc préalablement réalisée.</p> <p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>Un des défis des éducateurs est de rencontrer l'enfant sans venir avec des préconçus, raison pour laquelle certains éducateurs ne consultent pas les dossiers médicaux des patients. De même, il est essentiel d'être avant tout dans une dynamique de compréhension de l'enfant et non pas de guérison. Avant tout, il s'agit d'analyser ses propres attitudes et son ressenti, pour ensuite chercher à comprendre l'enfant dans ce qu'il vit. Enfin, afin d'avoir une vision objective du patient, il s'agit peu à peu de connaître son histoire personnelle, ses relations et les liens qu'il entretient, et les</p>

¹⁵⁸ MACHEK, David. - *Education en hôpital de jour : le lien soignant : réflexion sur les pratiques éducatives et les moyens visant à maintenir le lien en pédopsychiatrie à l'hôpital de jour de Porrentruy*. Givisiez, 2002

	pathologies dont il souffre.
Outils et matériel utilisé	<p>Les outils développés par les éducateurs sont variés et peuvent se décomposer comme suit : outils d'évaluations, outils de communications, outils d'entrée en relation, et enfin outils d'autoévaluation.</p> <p>Parmi les outils d'évaluation, il est question de l'utilisation de grilles comportementales, de la vidéo, d'observations réalisées directement sur le terrain. Le recours à ces différents supports permet par la suite de nourrir une analyse du patient et des relations entretenues avec ses proches. Cette dernière est parfois discutée avec les usagers à l'occasion du debriefing d'une activité. Mais, en général, elle se veut consignée sous forme de rapports écrits, ou discutée en colloques, ou encore transmise au médecin.</p> <p>En ce qui concerne les outils de communication utilisés, les éducateurs ont notamment mis sur pied un colloque « jeunes » où les patients peuvent formuler les règles de vie qu'ils souhaitent et des critiques constructives sur la prise en charge effectuée. Outre ce colloque, chaque patient dispose d'une feuille de route qui comprend des consignes particulières en fonction de sa pathologie. Enfin, dans le quotidien, de nombreuses informations orales sur le programme journalier des patients sont transmises par les éducateurs qui mettent ainsi un cadre aux activités et à leur déroulement.</p> <p>Afin d'entrer en lien, les éducateurs peuvent également compter sur une série d'activités du quotidien : les devoirs, les ateliers thérapeutiques (chaque membre de l'équipe en anime un différent), les repas, les sorties culturelles et sportives, les temps d'expériences musicales (qui permettent un important travail sur les émotions) et ludiques, et les temps de changements de groupe.</p> <p>Enfin, par la mise sur pied d'outils d'autoévaluation, les éducateurs peuvent conserver une certaine distance par rapport à leur vécu quotidien. En effet, en plus des rencontres en colloque, les éducateurs bénéficient de supervision et temps de réflexion avec un psychiatre où ils peuvent verbaliser leurs affects. De plus, l'utilisation d'outils comme la systémique ou des connaissances en thérapie familiale permettent d'élargir le champ de vision du professionnel.</p>
Défis futurs pour la profession	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser la notion de référence aux autres acteurs du soin, en définir quel est le véritable rôle - Pouvoir intervenir dans l'acte thérapeutique familial, pour l'heure réservé uniquement aux médecins, bien que les éducateurs soient présents lors des entretiens. - Améliorer la prise en charge des enfants plus jeunes, ne disposant pas du langage et qui sont de plus en plus nombreux dans le service - Traduire positivement la vision que les professionnels ont de l'enfant, mettre davantage l'accent sur ses acquis, ressources - Pouvoir communiquer davantage en équipe pour dégager une ligne commune entre professionnels issus de

	milieux différents
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un éducateur oeuvrant en pédopsychiatrie, la lecture de l'ouvrage suivant : MACHEK, David.- Education en hôpital de jour : le lien soignant : réflexion sur les pratiques éducatives et les moyens visant à maintenir le lien en pédopsychiatrie à l'hôpital de jour de Porrentruy. Givisiez, 2002, et la consultation du site officiel d'avenir social suisse http://www.avenirsocial.ch/fr/index.cfm</p>

Ergothérapeute

Aperçu historique	<p>La création d'un groupement suisse des ergothérapeutes date de 1953¹⁵⁹, précédant de peu l'ouverture d'une école d'ergothérapeute en Suisse, en 1957 à Zürich. Elle s'inscrit dans la volonté de créer des possibilités de formation, de perfectionnement reconnus par la "World Federation of Occupational Therapists" (WFOT) et de promouvoir l'échange d'informations. Trois ans plus tard, l'association suisse des ergothérapeutes (ASE) voit le jour. Elle devient un membre de l' « Ecole pour l'ergothérapie à Zürich ». En 1971, l'ergothérapie est reconnue en tant que traitement scientifique par la loi sur l'assurance maladie et la loi sur l'assurance en cas d'accidents, ainsi que par l'AI et la CNA¹⁶⁰. L'intervention s'inscrit dans un cadre bio-psycho-social et spirituel. Elle approche la personne de façon globale.</p> <p>Ceci est valable pour l'ergothérapie en Suisse mais la création d'activité rééducative, réhabilitative est bien plus ancienne, en Europe dès l'entre deux guerre et encore bien davantage après la seconde guerre mondiale.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p>Fonction d'évaluation</p> <p>Lors de son intervention, l'ergothérapeute a pour fonction d'évaluer les capacités cognitives et habiletés sociales de la personne : les activités quotidiennes de la personne, ses loisirs, le contexte dans lequel le patient à évolué et évolue lors de sa visite. Mettre en lien les éventuels changements et chercher avec le patient comment créer un environnement adéquat.</p> <p>Fonction de mise en lien</p> <p>Lors de son intervention l'ergothérapeute cherche également à créer avec le patient un réseau social à l'extérieur de la structure. De même, il a pour objectif de proposer au patient des structures diverses étayantes pour lui, de redonner au patient confiance en lui, de le resocialiser au niveau du groupe, puis de la ville, de la société dans son ensemble.</p> <p>Fonction d'autonomisation</p> <p>L'ergothérapeute a aussi pour mission de maintenir l'autonomie du patient, de lui permettre à nouveau d'agir selon ses propres règles, en conservant autant que faire se peut un maximum d'indépendance, de réhabiliter la personne du patient, et de préserver les acquis du patient.</p>

¹⁵⁹ Site de l'association suisse des ergothérapeutes <http://www.ergotherapie.ch/>, consultation du 08.08.09

¹⁶⁰ Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents

	<p>Fonction de prévention</p> <p>En ayant l'objectif de maintenir les capacités du patient, l'ergothérapeute est un professionnel de la prévention. Il veille donc à ce que le patient puisse se réinsérer, à nouveau dans la société, qu'il s'agisse d'un retour à domicile ou d'une structure extrahospitalière.</p> <p>Fonction d'éducation, de rééducation</p> <p>Par son action, l'ergothérapeute a pour fonction de rééduquer, maintenir, réhabiliter les capacités physiques et mentales. Il assure le développement, le maintien, la compensation ou la récupération optimale des capacités physiques, psychiques et sociales du patient, lui permettant de devenir ou de rester une personnalité autonome. Une de ses autres missions est l'adaptation et la gestion des situations de la vie quotidienne et des apprentissages divers.</p> <p>Il favorise, et revalorise les capacités présentes qu'elle soit physique ou psychique. L'ergothérapeute propose également au patient de développer des fonctions acquises : mouvements fonctionnels, le maintien et l'amélioration du tonus musculaire, la capacité de coordonner des mouvements, l'amélioration des diverses sensibilités et perceptions, mais aussi en psychiatrie, la resocialisation, l'interaction de groupe, la tolérance à la frustration, l'acceptation de limites, la revalorisation.</p> <p>Fonction structurante</p> <p>L'ergothérapeute offre aussi des repères aux patients afin que ces derniers puissent se restructurer au travers d'un emploi du temps habituel, d'activités régulières et stimulantes.</p> <p>Fonction de conscientisation</p> <p>Enfin, au fil de son intervention, l'ergothérapeute amène aussi le patient à prendre conscience de sa situation actuelle, à l'accepter et à inscrire cette évolution dans un passé et dans le présent. Ainsi, le patient a la possibilité peu à peu d'élaborer un projet de vie en acceptant et évaluant par lui-même ses différents changements ainsi que les nouvelles possibilités qui s'offrent à lui.</p>
Forme de la prise en charge	<p>L'ergothérapie s'adresse aux patients adultes souffrant de troubles cognitifs, affectifs, moteurs et sensoriels apparaissant au cours de pathologies physiques et psychiques (accidents vasculaires (AVC), maladie neuro-dégénératives, psychose....). Elle se veut particulièrement indiquée auprès des personnes en perte d'autonomie, dans leurs actions quotidiennes, leurs compétences relationnelles et sociales.</p>

La formation en quelques mots	<p>Le professionnel interrogé a réalisé ses études en France où après un bac+, il a réalisé trois ans d'étude afin d'obtenir un diplôme d'Etat. En Suisse, il existe une formation Croix-Rouge liée à l'ergothérapie. La HES¹⁶¹ a également mis sur pied une formation de type bachelor de trois ans liée à leur filière santé. Cette dernière est précédée d'une année préparatoire, obligatoire pour tous les étudiants.</p> <p>Le programme de formation propose une alternance entre des temps de formation à l'école et des temps de formation pratique, avec une forte articulation entre théorie et pratique. Le parcours de formation est organisé selon un système modulaire, dont une partie est optionnelle. Elle se termine par la réalisation d'un travail de bachelor (mémoire de fin d'études). En terme de contenus abordés, la formation traite de : la reconnaissance de symptômes liés aux pathologies, de la connaissance de l'évolution des pathologies, d'anatomie, et de sémiologie psychiatrique. Enfin, le professionnel ajoute encore que l'apprentissage de l'utilisation de techniques d'expression (bois, poterie, jeu de rôles...) ainsi que différentes forme d'analyse de l'activité en terme de soin prend également une place importante dans la formation. Le contenu évoqué sur le site de l'EESP fait encore mention, outres du mémoire de fin d'étude, d'un certain nombre de thématiques étudiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventions professionnelles • Professions, institutions et organisations • Individus, cultures et sociétés • Problèmes sociaux et sanitaires, réponses institutionnelles • Sciences de la santé • Technologies et leurs fondements scientifiques • Processus de formation et projet professionnel
Compétences	<p>Afin de conduire son intervention, l'ergothérapeute doit connaître des techniques de base liées aux activités artisanales. De plus, il doit pouvoir bénéficier d'une bonne capacité d'analyse afin d'évaluer les activités réalisées avec le patient. Pour proposer les objectifs de soins en fonction du patient, il doit aussi, tout au long du processus de soin, permettre au patient autant que possible d'être partie prenante de son suivi. Enfin, en adoptant une attitude empathique, l'ergothérapeute se doit de comprendre le patient dans son vécu.</p>
Déontologie/Ethique	<p>Les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur le code de déontologie de l'association Suisse des Ergothérapeutes (ASE)¹⁶² afin de guider leurs actions.</p>
Champ d'intervention	<p>L'employeur du professionnel interrogé est le centre hospitalier de sa région. Six personnes : 3 personnes travaillant à temps plein et 3 travaillant à temps partiel.</p> <p>Dans l'institution du professionnel interrogé, les ergothérapeutes sont rattachés au service médico-technique qui est sous</p>

¹⁶¹ Site de la haute école de travail social et de la santé du canton de Vaud, basée à Lausanne <http://www.eesp.ch/>, consultation du 20.07.09

¹⁶² Informations recueillies via le site de l'A.S.E. <http://www.ergotherapie.ch/>, consultation du 08.08.09

	la responsabilité d'un ergothérapeute, lui-même sous la direction des soins .Le service Médico-Technique fait parti des soins .
Conditions d'intervention	<p>L'intervention de l'ergothérapeute, reconnue par les assurances sociales, débute lors de la prescription d'une intervention par le médecin, jusqu'à la sortie de l'hôpital. Par conséquent, elle s'effectue autant à court terme qu'à long terme. Lors d'activités de groupe, l'intervention peut durer jusqu'à une heure et demie de temps. Par contre, lors d'une prise en charge individualisée, l'intervention peut varier entre quarante minutes et une heure. La fréquence d'intervention dépend du patient et du projet de soin établi. Dans le cas de la structuration du patient, de la reprise de repaires, l'intervention est quotidienne.</p> <p>L'ergothérapeute intervient parfois à domicile afin de réaliser des évaluations des capacités des patients. Mais, le plus souvent, l'intervention a lieu au sein de la structure hospitalière : en atelier d'ergothérapie, en chambre, ou encore en salle de groupe prévue à cet effet.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>Avant d'intervenir, le professionnel interrogé pense à la relation de soins qui se veut emprunte d'absence de jugement et d'empathie envers le patient. Il fait attention à ne pas projeter ses ressentis sur le patient. En se remémorant des savoirs théoriques liés à sa profession, il se met en confiance et réalise déjà des hypothèses de compréhension liées à la situation du patient. Enfin, le professionnel dégage quelques pistes destinées à adapter les activités proposées aux patients. Son intervention est encore guidée par les facteurs psychologiques et culturels qui divergent d'un patient à l'autre.</p> <p><u>En terme d'informations</u></p> <p>En cas de besoin, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur les dossiers médicaux des patients ou sur le reste de l'équipe soignante afin de bénéficier de davantage d'informations sur les patients.</p>
Outils et matériel utilisé	<p>Le choix de l'activité est réalisé en commun avec le patient, dans la création d'un projet de soins reposant sur trois critères : les moyens institutionnels à disposition, la vision globale que le patient a de lui-même, l'évaluation de l'ergothérapeute s'appuyant sur ses capacités professionnelles.</p> <p>Les activités proposées peuvent être de différents ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités projectives et d'expression : le dessin, la peinture, la terre, etc. • Activités dites régressives : la peinture à doigt, la terre, la pâte à papier, etc. • Activités dites structurantes : la construction, l'assemblage, etc. • Activités dites techniques : le travail du bois, le batik, la peinture sur soie, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de groupe : la cuisine, les jeux de société, le sport, etc. <p>Souvent, les activités proposées sont également en lien avec les actes de la vie quotidienne que le patient est ou sera appelé à réaliser. Ces dernières permettent donc peu à peu de faire retrouver aux patients une indépendance maximale dans d'activités telles que s'habiller, se nourrir, cuisiner, faire le ménage, aller en commissions etc.</p> <p>Lors d'intervention auprès d'enfants, l'approche par le jeu est aussi régulièrement privilégiée. Cette dernière comporte notamment des engins d'intégration neurosensoriels : balançoire, planche à roulettes, hamac... Mais, l'intervention en ergothérapie se caractérise aussi par l'utilisation d'un matériel offrant des stimulations à tous les canaux perceptifs afin d'augmenter l'attention, l'interaction et l'intégration des sensations. Enfin, l'ergothérapeute recourt également à des activités de dynamique de groupe (discussions, jeux de société, fêtes, sorties, etc.), de travaux manuels, ou encore à des exercices répétitifs proposés pour entraîner les fonctions sensori-motrices, les fonctions perceptives et cognitives (orientation, organisation, mémoire, maintien des fonctions intellectuelles). Dans certains cas, l'ergothérapeute propose une modification de l'environnement matériel du patient pour que ses actions redeviennent possibles. Cette modification peut être provisoire ou définitive et peut se caractériser des manières suivantes : port d'attelles et d'orthèses, utilisation de moyens auxiliaires (fauteuil roulant, vélos, moyens électroniques de communication) adaptés, fabriqués ou conseillés par l'ergothérapeute, proposition de transformation de l'environnement (domicile, place de travail, voiture...).</p>
Défis futurs pour la profession	Aucun
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un ergothérapeute oeuvrant en psychiatrie, la consultation des ouvrages suivants : DUBOCHET, Michèle.- <i>Les ergothérapeutes : problèmes des professions paramédicales</i>. Vevey : Delta S.A., 1979, DUBOCHET, Michèle.- <i>L'ergothérapie avec les enfants</i>. Lausanne : Editions EESP, 1992, la consultation du site de l'association suisse des ergothérapeutes http://www.ergotherapie.ch/, la consultation du site de l'association valaisanne des ergothérapeutes http://www.ergo-vs.ch/, la consultation du site de la haute école de travail social et de la santé du canton de Vaud http://www.eesp.ch/</p>

Psychomotricien

Aperçu historique	<p>La profession de psychomotricien a environ 40 ans bien qu'elle n'ait été reconnue officiellement en France qu'en 1995. Approche singulière du patient, entre corps et langage, elle prend naissance avec des pionniers comme Julian Ajuriaguerra et madame Soubiran. L'émergence de la psychomotricité en milieu hospitalier coïncide avec la disparition progressive de la neuropsychiatrie qui n'existe quasi plus à l'heure d'aujourd'hui.</p> <p>Au sein de l'institution visitée, la création d'un poste résulte d'une volonté d'élargir les offres de soins au niveau corporel et psychologique. Recouvrant ces deux aspects du soin, la psychomotricité s'attache à prendre en charge la personne dans sa globalité, s'intéressant aux influences du corps sur le psychique et, du psychique sur le corps.</p>
Fonctions / Buts poursuivis	<p>La psychomotricité intègre une approche globale du patient. Elle se situe aux points de convergences entre le moteur et le psychique, le neurologique et le psychologique, le médical et le psychologique, la rééducation et la thérapie. A toutes ces formes d'étude, elle emprunte donc des caractéristiques et des méthodes d'intervention.</p> <p>Pour le psychomotricien interrogé¹⁶³, son intervention s'appuie sur trois fonctions qui sont toujours présentes au cœur de sa pratique, mais à des degrés variables selon le patient : rééduquer, prévenir et enfin faire de la thérapie. Par rééducation, il s'agit d'appliquer des techniques afin d'améliorer la conscience corporelle du patient, la place du corps dans la situation qu'il vit aujourd'hui, la place du corps dans sa souffrance globale. Sinon, par prévention, il est plutôt question d'éviter les angoisses, d'apaiser à l'aide d'exercices de relaxation. Enfin, par une fonction davantage thérapeutique, le psychomotricien rencontré semble surtout évoquer un processus évolutif, s'appuyant sur des objectifs co-construits avec le patient, et destinés à permettre une verbalisation de certains nœuds par la mise en place d'un accompagnement adapté, la création de lien, et la mise en confiance du patient.</p> <p>De façon plus générale, la prise en charge est guidée par un accompagnement structurant visant l'intégration d'un fonctionnement corporel dans une vie psychique et relationnelle de qualité. L'intervention étudie donc la façon que chacun a d'investir son corps et l'aide à adapter, réajuster sa personnalité aux conditions de l'environnement. Pour se faire, l'action du psychomotricien passe par la réponse à plusieurs fonctions :</p> <p>Une fonction contenant</p> <p>Par le partage d'un sens, d'une direction avec le patient, la formulation d'objectifs communs, le psychomotricien met un cadre dans lequel l'intervention se réalise. Il établit les contours du chemin à réaliser ensemble. Par une relation de confiance, il se veut être un soutien pour le patient qui sait par conséquent, qu'il peut s'appuyer sur cette présence, y trouver une certaine sécurité.</p>

¹⁶³ Entretien avec un psychomotricien oeuvrant dans un service de psychiatrie adulte

Une fonction d'apprentissage/découverte

Un des rôles du psychomotricien est aussi de permettre au patient de réaliser de nouvelles découvertes, d'être davantage autonome dans son développement. Pour cela, il s'agit de créer un climat de sécurité et de contribuer à la mise en place d'une activité que le patient ne pourra apprendre que par lui-même. Ainsi, le cheminement ne saurait être effectué uniquement par le psychomotricien. Le patient, tenu à prendre une part active, se doit d'améliorer la connaissance qu'il a de lui-même, de prendre conscience de ses ressources, de gagner en autonomie. Uniquement garant du cadre, le psychomotricien met donc en confiance le patient, et l'incite à une mobilisation tant physique que mentale.

Une fonction d'expression

En partant du mode d'expression du patient¹⁶⁴, le psychomotricien met des mots sur du corps. Il interroge la relation que le patient entretient avec son corps en offrant un espace d'expression où ce dernier peut se mouvoir, expérimenter son corps.

Fonction de stabilisation

Lors de son intervention, le psychomotricien a une fonction de stabilisation des émotions du patient. Il lui permet de trouver une sérénité de l'esprit par rapport au corps, et l'adaptation du corps par rapport à l'esprit. En remettant le patient en relation avec lui-même, le psychomotricien lui donne des clefs pour se projeter dans l'avenir, se détacher d'un présent, sujet de préoccupation continuelle. Bref, ce temps où le patient se retrouve face à sa propre image peut lui permettre de se détendre, de prendre du recul sur l'évolution de son identité, de se revaloriser, de verbaliser certains affects ou encore de reprogrammer certaines mobilisations physiques.

Fonction d'accompagnement

En offrant une présence et en rendant les parents partie prenante de la thérapie, le psychomotricien permet au patient et à ses proches d'avancer dans leur histoire. De même, il offre la possibilité au patient de se présenter à l'autre, de contribuer à l'élaboration d'un diagnostic tant corporel que psychique.

Fonction de valorisation

¹⁶⁴ Dans le cas présent, il s'agit d'enfants

	Comme déjà évoqué plus haut, le psychomotricien favorise également la mobilisation du patient. En effet, par une valorisation du lien entre corps et esprit, le psychomotricien permet une nouvelle acquisition de la maîtrise de son corps par la pensée. Il donne du sens à un vécu du corps en mouvement. De même, il fait passer le bénéficiaire d'une vision du corps en présentation à une vision du corps en représentation. Au travers de ce changement, il améliore l'unité de la personne via l'acceptation de son état physique et psychique. Enfin, il établit, rétablit, maintient, enrichit les rapports de l'individu avec lui-même, autrui, et son environnement.
Forme de la prise en charge	<p>L'intervention du psychomotricien s'adresse principalement aux personnes, de tous âges, atteintes de troubles psychiques, handicapées, ou encore polyhandicapées. Elle se révèle également efficace dans la prise en charge de personnes désorientées dans l'espace, atteinte de troubles psychomoteurs, ou connaissant des affections psychomotrices, des dysrégulations émotionnelles et relationnelles, des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité.</p> <p>Parmi les troubles traités par les psychomotriciens, il est notamment question des tics, bégaiements, des inhibitions, des maladresses d'origine émotionnelle ou par désordre de la latéralisation, de l'hyperkinésie, de la dyspraxie et des dysgraphies.</p> <p>La prise en charge en psychomotricité intervient tant de manière individualisée que groupale. Par contre, elle se veut davantage focalisée sur du long terme. Selon les besoins de la personne, l'intervention peut donc être réalisée individuellement, dans un groupe¹⁶⁵, ou en groupe¹⁶⁶.</p>
La formation en quelques mots	<p>La formation de psychomotricien est dispensée en 4 ans à l'I.E.S. de Genève. Détail intéressant, il n'existe qu'une seule école à Genève pour toute la Suisse romande. Cependant, d'autres écoles de formations existent en Suisse allemande, notamment à Zürich et Bâle.</p> <p>Le contenu de formation intègre différents aspects tels que les méthodes de communication et d'entrée en relation par le corps, les techniques d'entretien, les méthodes d'observation du corps et de réponse à des stimuli, les activités d'expressions corporelles, les méthodes de relaxation, la connaissance des pathologies légères (scolaires et familiales) et plus lourdes (qui influent également sur l'entourage familial et social), le développement de l'enfant, les techniques de rééducation et encore la motricité.</p> <p>Enfin, l'apprentissage consiste également en l'acquisition de connaissances en neurologie et psychologie. La psychanalyse et la connaissance de troubles neurologiques sont donc des références théoriques importantes dans l'intervention quotidienne menée par le psychomotricien.</p>

¹⁶⁵ Avec d'autres individus qui ne partagent pas le même projet d'activité

¹⁶⁶ Avec d'autres individus qui partagent le même projet d'activité

Compétences	Les compétences nécessaires afin d'œuvrer comme psychomotricien passent par une connaissance des pathologies introduites par le suffixe [DYS]. Nombreuses sont les attitudes également qui facilitent l'action des psychomotriciens. Être imaginatif, être à l'écoute et être authentique avec le patient pris en charge sont une des clefs de l'intervention. Enfin, il est aussi important d'être capable de s'adapter à chaque patient, d' « être bien dans sa peau et dans sa tête » et de pouvoir, au besoin, reconnaître ses limites.
Déontologie/Ethique	L'action du psychomotricien s'appuie sur le code de déontologie de l'association suisse des thérapeutes de la psychomotricité (ASTP ¹⁶⁷).
Champ d'intervention	<p>Les psychomotriciens travaillent généralement en équipe et à temps partiel. Engagés par les structures hospitalières, ils travaillent parfois sur appel et plus rarement à temps plein. C'est d'ailleurs le cas du psychomotricien interrogé qui fait donc partie des exceptions en travaillant à temps plein et principalement de façon indépendante, bien qu'en lien avec les physiothérapeutes.</p> <p>Le travail des psychomotriciens en milieu hospitalier est assez atypique. Généralement, ils œuvrent plutôt en CMS, dans des centres de thérapies, des crèches, des écoles ou encore dans le domaine du handicap. Cependant, lorsqu'ils travaillent à l'hôpital, la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et la psycho-gériatrie demeurent leurs domaines privilégiés d'intervention.</p> <p>Dans l'institution visitée, la psychomotricité est rattachée au service médico-technique, lui-même rattaché au service de soins infirmiers qui dépend de la direction.</p>
Conditions d'intervention	<p>Un certain nombre de critères peuvent influencer sur l'intervention comme la philosophie de l'institution, et les conceptions en vigueur dans l'institution (psychanalytique, comportementaliste...).</p> <p>L'intervention se réalise sur prescription médicale. Elle débute généralement une semaine après l'hospitalisation du patient, lorsque ce dernier est plus ou moins compensé et conscient de sa pathologie. Par la suite, elle se poursuit à raison de deux séances hebdomadaires avec une visée à long terme. Généralement le lieu d'intervention choisi est une salle de traitement spécifiquement prévue à cet effet ou encore une salle de sport.</p>
Préparation de l'intervention	<p><u>En terme d'attitude</u></p> <p>Avant d'intervenir, le professionnel interrogé nous fait part de quelques unes des choses auxquelles être attentif. Il faut être prêt, adopter une posture d'accueil et ne pas nourrir de préconçus sur le patient.</p>

¹⁶⁷ Site officiel de l'ASTP <http://www.astp.ch/fr/association/>

Outils et matériel utilisé	<p>Le travail du psychomotricien prend en compte différents moyens destinés à travailler avec le patient comme la gym douce, la relaxation, le Tai-chi-chuan, la mobilisation passive, la danse thérapie, l'hydrothérapie, ou encore la médiation par le jeu.</p> <p>Outres ces moyens, l'observation et la rédaction de bilans psychomoteurs occupe également une place importante au sein de l'intervention. En effet, le psychomotricien, au travers d'une série de tests (moteurs, mnésiques, rythmiques..), évalue les capacités du patient. Au fil de la prise en charge, il questionne donc différents aspects du patient : l'anticipation de mouvements, les perceptions sensorielles « subies » et les perceptions intellectuelles « voulues », la démarche et la réalisation de mouvements, et enfin les comportements émotionnels du patient.</p> <p>De même, par une approche globale du patient, à la fois biologique et psychologique, le psychomotricien se veut interroger le vécu du patient au travers d'un vécu corporel. Il se veut l'instigateur d'une communication par le corps, d'une mise en œuvre corporelle, de stimulations psychomotrices. A terme, une rééducation de troubles psychomoteurs peut donc se mettre en place à l'aide de la relaxation dynamique, de l'éducation gestuelles, de l'expression corporelle ou plastique, ou encore le recours à des activités rythmiques de jeu, d'équilibration et de coordination.</p>
Défis futurs pour la profession	<p>Plusieurs défis attendent encore cette forme d'intervention afin que les actes qu'elle accomplit puissent, par exemple, être remboursés par les caisses maladies. En effet, pour l'heure, le métier n'est pas encore suffisamment reconnu, ni en terme de bilans ni de thérapies réalisés.</p>
Sources	<p>Tout le contenu évoqué dans ce document s'appuie sur la mise en parallèle des sources suivantes : un entretien avec un psychomotricien oeuvrant en psychiatrie, la lecture de l'ouvrage suivant : BALLOUARD, Christian.- <i>Le travail du psychomotricien</i>. Paris : Dunod, 2006, et enfin la consultation du site de l'ASTP http://www.astp.ch/fr/association/</p>